

ISSN 2221-2582

Children's medicine of the North-West

2023

Т. 11

Спецвыпуск



СОЮЗ ПЕДИАТРОВ РОССИИ
Санкт-Петербургское отделение

Научно-практический медицинский журнал

Основан в 2005 году
Выпускается 4 раза в год

Версия online:
<http://ojs3.gpmu.org/index.php/childmed>



Материалы

Всероссийского конгресса ординаторов
медицинских вузов

**«Научно-практическая подготовка
ординаторов — основа здоровья населения»**

Children's medicine of the North-West

VOLUME 11. SUPPLEMENT

Scientific and practical journal

Редакционная коллегия

Главный редактор

Д.м.н., профессор **Дмитрий Олегович Иванов**

Заместитель главного редактора

Д.м.н., профессор **В.П. Новикова**

Арсентьев В.Г., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Багатурия Г.О., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Баиндурашвили А.Г., д. м. н., проф., академик РАН (Санкт-Петербург)
Бойцова Е.В., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Гавшук М.В., к. м. н., доц. (Санкт-Петербург)
Гончар Н.В., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Гречаний С.В., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Грицинская В.Л., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Гурова М.М., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Колбин А.С., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Косенкова Т.В., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Коханенко Н.Ю., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Кручина Т.К., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Кузьмина Д.А., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Лобзин Ю.В., д. м. н., проф., академик РАМН (Санкт-Петербург)
Немилова Т.К., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Петренко Ю.В., к. м. н. (Санкт-Петербург)
Рошаль Л.М., д. м. н., проф. (Москва)
Скрипченко Н.В., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Соколов Н.А., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Фищев С.Б., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Хавкин А.И., д. м. н., проф. (Москва)

Editorial Board

Head Editor

Ivanov Dmitry Olegovich, Prof., MD, PhD

Deputy chief editor

Novikova V.P., MD, PhD, Prof.

Arsent'ev V.G., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Bagaturija G.O., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Baindurashvili A.G., MD, PhD, Prof., RAMS academician (Saint-Petersburg)
Boytsova E.V., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Gavshuk M.V., PhD (Saint-Petersburg)
Gonchar N.V., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Grechaniy S.V., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Gritskinskaya V.L., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Gurova M.M., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Kolbin A.S., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Kosenkova T.V., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Kokhanenko N.Yu., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Kruchina T.K., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Kuzmina D.A., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Lobzin Yu. V., MD, PhD, Prof., RAMS academician (Saint-Petersburg)
Nemilova T.K., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Petrenko Yu.V., PhD (Saint-Petersburg)
Roshal' L.M., MD, PhD, Prof. (Moscow)
Skrpichenko N.V., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Sokolovich N.A., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Fishev S.B., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Khavkin A.I., MD, PhD, Prof. (Moscow)

Рецензируемый научно-практический журнал
Children's medicine of the North-West
(Детская медицина Северо-Запада)

Основан в 2005 году в Санкт-Петербурге

ISSN 2221-2582

Выпускается 4 раза в год

Журнал реферируется РЖ ВИНТИ

Учредители:

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет» Минздрава России (адрес: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100)

Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: 197371, Санкт-Петербург, ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53).
Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору

в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР),
Пи № ФС77-80534 от 1 марта 2021 г.

Проект-макет: Титова Л.А.

Электронная версия — <http://elibrary.ru>

Издатели:

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
(адрес: Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100)
Фонд НОИ «Здоровые дети — будущее страны» (адрес: ул. Парашютная, д. 31, к. 2, кв. 53, Санкт-Петербург, 197371).

Титова Л.А. (выпускающий редактор)
Варламова И.Н. (верстка)

Адрес редакции: Литовская ул., 2,
Санкт-Петербург, 194100;
тел./факс: (812) 295-31-55;
e-mail: lt2007@inbox.ru

Статьи просьба направлять по адресу:
lt2007@inbox.ru

Address for correspondence:
2, Litovskaya St., St. Petersburg, 194100, Russia.

Tel/Fax: +7 (812) 295-31-55.

E-mail: lt2007@inbox.ru.

Формат 60×90/8. Усл.-печ. л. 29. Тираж 100 экз.

Распространяется бесплатно. Оригинал-макет изготовлен
ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.

Format 60×90/8. Cond.-printed sheets 29. Circulation 100.
Distributed for free. The original layout is made Saint
Petersburg State Pediatric Medical University.

Отпечатано ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России.
Литовская ул., 2, Санкт-Петербург, 194100.
Заказ 68. Дата выхода 17.05.2023.

Printed by Saint Petersburg State Pediatric Medical University.
Lithuania 2, Saint Petersburg, Russian Federation, 194100.
Order 68. Release date 17.05.2023.

Полное или частичное воспроизведение материалов, содержащихся в настоящем издании, допускается только с письменного разрешения редакции.
Ссылка на журнал «Children's medicine of the North-West» обязательна.

Редакционный совет

Антонова Л.К., д. м. н., проф. (Тверь)
Алымбаев Э.Ш., д. м. н., проф. (Кыргызстан)
Бавыкина И.А., к. м. н., доц. (Воронеж)
Балыкова Л.А., д. м. н., проф. (Саранск)
Белоусова Т.В., д. м. н., проф. (Новосибирск)
Болотова Н.В., д. м. н., проф. (Саратов)
Бородулина Т.В., д. м. н., доц. (Екатеринбург)
Галактионова М.Ю., д. м. н., доц. (Красноярск)
Гумеров А.А., д. м. н., проф. (Уфа)
Звягин А.А., д. м. н., доц. (Воронеж)
Зрячкин Н.И., д. м. н., проф. (Саратов)
Каган А.В., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Каганова Т.И., д. м. н., проф. (Самара)
Камалова А.А., д. м. н., проф. (Казань)
Камилова А.Т., д. м. н., проф. (Узбекистан)
Карцева Т.В., д. м. н., проф. (Новосибирск)
Кильдиярова Р.Р., д. м. н., проф. (Москва)
Легонькова Т.И., д. м. н., проф. (Смоленск)
Лобанов Ю.Ф., д. м. н., проф. (Барнаул)
Макарова В.И., д. м. н., проф. (Архангельск)
Малышкина А.И., д. м. н., проф. (Иваново)
Малявская С.И., д. м. н., проф. (Архангельск)
Маринич В.В., к. м. н., доц. (Республика Беларусь)
Мельникова И.Ю., д. м. н., проф. (Санкт-Петербург)
Миронов П.И., д. м. н., проф. (Уфа)
Мозжухина Л.И., д. м. н., проф. (Ярославль)
Мурашко М.А., д. м. н., проф. (Москва)
Налетов А.В., д. м. н., доц. (Донецк)
Нижевич А.А., д. м. н., проф. (Уфа)
Овсянников Д.Ю., д. м. н., проф. (Москва)
Павловская Е.В., д. м. н. (Москва)
Панченко А.С., д. м. н., доц. (Чита)
Печкуров Д.В., д. м. н., проф. (Самара)
Строкова Т.В., д. м. н., проф. (Москва)
Йерней Долиншек (Словения)

Editorial Board

Antonova L.K., MD, PhD, Prof. (Tver)
Alimbaev E.Sh., MD, PhD, Prof. (Kyrgyzstan)
Bavykina I.A., PhD (Voronezh)
Balykova L.A., MD, PhD, Prof. (Saransk)
Belousova T.V., MD, PhD, Prof. (Novosibirsk)
Bolotova N.V., MD, PhD, Prof. (Saratov)
Borodulina T.V., MD, PhD (Yekaterinburg)
Galaktionova M.Yu., MD, PhD (Krasnoyarsk)
Gumerov A.A., MD, PhD, Prof. (Ufa)
Zvyagin A.A., MD, PhD (Voronezh)
Zryachkin N.I., MD, PhD, Prof. (Saratov)
Kagan A.V., MD, PhD, Prof. (St. Petersburg)
Kaganova T.I., MD, PhD, Prof. (Samara)
Kamalova A.A., MD, PhD, Prof. (Kazan)
Kamilova A.T., MD, PhD, Prof. (Uzbekistan)
Kartseva T.V., MD, PhD, Prof. (Novosibirsk)
Kildiyarova R.R., MD, PhD, Prof. (Moscow)
Legonkova T.I., MD, PhD, Prof. (Smolensk)
Lobanov Yu.F., MD, PhD, Prof. (Barnaul)
Makarova V.I., MD, PhD, Prof. (Arkhangelsk)
Malyshkina A.I., MD, PhD, Prof. (Ivanovo)
Malyavskaya S. I., MD, PhD, Prof. (Arkhangelsk)
Marinich V.V., PhD (Republic of Belarus)
Melnikova I.Yu., MD, PhD, Prof. (Saint-Petersburg)
Mironov P.I., MD, PhD, Prof. (Ufa)
Mozzhukhina L.I., MD, PhD, Prof. (Yaroslavl)
Murashko M.A., MD, PhD, Prof. (Moscow)
Naletov A.V., MD, PhD (Donetsk)
Nizhevich A.A., MD, PhD, Prof. (Ufa)
Ovsyannikov D.Yu., MD, PhD, Prof. (Moscow)
Pavlovskaya E.V., MD, PhD (Moscow)
Panchenko A.S., MD, PhD (Chita)
Pechkurov D.V., MD, PhD, Prof. (Samara)
Strokova T.V., MD, PhD, Prof. (Moscow)
Yyerney Dolinshek (Sloveniya)

СОДЕРЖАНИЕ

ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС ОРДИНАТОРОВ МЕДИЦИНСКИХ ВУЗОВ «НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА ОРДИНАТОРОВ — ОСНОВА ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ»

Акушерство и гинекология

- 9 Профилактика стеноза неовлагалища с использованием индивидуального вагинального стента
М.С. Шкляева
- 10 Роль кардиотонических стероидов в патогенезе преэклампсии
Н.А. Кагаев
- 12 Анализ инфицирования вирусом папилломы человека высокого канцерогенного риска женского населения Архангельской области на примере пациенток онкогинеколога Архангельского клинического онкологического диспансера
О.А. Афиногенова
- 14 Порог вкусовой чувствительности к поваренной соли и эффективность гипотензивной терапии у беременных с хронической артериальной гипертензией
В.А. Воеводина
- 16 Синдром поликистозных яичников у девочек-подростков в структуре метаболического синдрома
Л.А. Подорова

Внутренние болезни

- 18 Рабдомиолиз под маской синдрома цитолиза — клинический алгоритм
Л.Р. Назмутдинова, А.А. Ахмадуллина
- 20 Особенности сопутствующей патологии у пациентов пожилого и старческого возраста с остеоартритом, имеющих дефицит и недостаточность витамина D
М.Д. Кашпанов

Гастроэнтерология

- 21 pH-импедансометрия пищевода, методика проведения и клиническое значение, особенности исследования у детей
П.В. Туманова
- 23 Эозинофильный эзофагит у детей разного возраста, практические аспекты диагностики и лечения. Анализ структуры заболевания на базе гастроэнтерологического отделения ДГБ № 2 св. Марии Магдалины за 2019–2022 годы
С.Г. Килина
- 25 Поражение желудочно-кишечного тракта у детей с COVID-19
Н.Г. Володина

- 26 Гетеротопия слизистой оболочки желудка в пищеводе с симптомами ларингофарингеального рефлюкса, ассоциированная с карциномой гортани (клинический случай)
А.О. Хихлова
- 28 Синдром короткой кишки у детей. Клиническое наблюдение ребенка с синдромом короткой кишки
Д.А. Бесова, А.Г. Садыкова

Дерматология

- 30 Лимфоматоидный папулез и полиморфный дермальный васкулит. Сложности диагностики. Разбор клинического случая
Е.А. Лямина, Д.В. Козлова
- 31 Редкий случай синдрома Мишера у мальчика 15 лет. Синдром Мелькерссона–Розенталя?
К.А. Буниатова

Иммунология

- 32 Первичный иммунодефицит. Агаммаглобулинемия с дефицитом В-клеток. Клинический случай поздней диагностики и возможные осложнения
М.А. Билялетдинова

Инфекционные болезни

- 34 ОРВИ в условиях смешанной циркуляции возбудителей у детей и взрослых
О.В. Шаповалова
- 36 Клинический случай мультисистемного воспалительного синдрома на фоне гемофильной инфекции у ребенка 8 лет
А.Д. Алехина
- 37 Течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 на фоне апластической анемии у подростка
Т.В. Нахужева
- 39 Клинический случай бруцеллеза у ребенка в возрасте 9 лет
А.А. Антонова
- 40 Особенности течения острой кишечной инфекции норовирусной этиологии на фоне дисфункции клапана вентрикулоперитонеального шунта
И.О. Лукьянова
- 42 Вирусный гепатит А. Возвращающаяся проблема?
А.У. Мирзова, В.А. Грешнякова, Н.А. Ефремова, А.О. Никифорова

- 44 Генез дыхательных нарушений у пациентов с бронхолегочной патологией при COVID-19
Т.Д. Позднякова
- 46 Опыт лечения инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, у пациентов в отделении реанимации многопрофильного детского стационара
Н.А. Маслова, Л.П. Альшаник
- 48 Гастроинтестинальные поражения у пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19)
Н.А. Маслова
- 50 ВИЧ-ассоциированный энцефалит и энцефалопатия у детей
Т.С. Иванова
- 52 Дифференциация территорий Архангельской области по риску заражения клещевым вирусным энцефалитом
А.В. Ужакова, А.С. Желдыбина
- 54 Особенности спорадической заболеваемости острыми кишечными инфекциями на территории Архангельской области
А.Н. Решетило
- 56 Микробиологический мониторинг в отделении реанимации детского стационара города Архангельск
В.С. Рябов
- 58 Динамика заболеваемости населения вирусным гепатитом А на территории Архангельской области с 2011 по 2021 г.
Д.Л. Кузнецова
- 59 Заболеваемость корью на территории Российской Федерации и Архангельской области и ее взаимосвязь с иммунизацией
А.В. Щербакова
- 61 Заболевания полости рта у ВИЧ-инфицированных пациентов
И.Э. Тухватчин
- 63 Новорожденные дети и COVID-19
Н.С. Соктеева
- 65 Случай развития синдрома Лайелла после приема нового противовирусного препарата фавипиравир
А.С. Косарева, М.А. Кроваткина
- 67 Эффективность реабилитации у пациентов с постковидным синдромом
А.А. Заставная
- 69 Эволюция противовирусной терапии гриппа в начале XXI века
У.Е. Кузнецова

Лучевая диагностика

- 71 Клинический случай: роль ультразвукового исследования в диагностике поражений суставов
К.А. Максёнова, М.А. Канева
- 73 Клинический случай: дифференциальная диагностика состояний при разновеликих почках
К.А. Максёнова
- 74 Клинический случай: ультразвуковая диагностика абсцессов почки при пиелонефрите у ребенка
А.А. Пешкова

Неврология

- 75 Особенности клинической картины шейной спондилогенной миелопатии на фоне ретроспондилолистеза С3 позвонка с выраженным стенозом позвоночного канала у пациента с ВИЧ-инфекцией
Д.Е. Соловьев
- 77 Особенности диагностики и тактики ведения пациентов с транзиторной ишемической атакой на примере клинического наблюдения
А.В. Педь
- 79 Клинический случай синдрома Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса
В.В. Александрова, Н.А. Граненкова
- 80 CLOCCs — отдельная нозология или симптомокомплекс в рамках различных заболеваний? Обзор клинического случая
Ю.А. Зюкина
- 82 Анти-NMDAR энцефалит (Анти-N-метил-D-аспартат-рецепторный энцефалит), рецидивирующее течение. Клинический случай
А.Д. Мизина
- 84 Использование веб-портала «НейроДом» для дистанционной реабилитации пациентов с рассеянным склерозом
Д.О. Шабалина
- 85 Значение ранней диагностики генетически детерминированных эпилепсий у детей
В.А. Ведерникова
- 87 Дифференциальная диагностика рассеянного склероза с другими неврологическими заболеваниями у взрослых
М.А. Янина, И.М. Буланов

Нефрология

- 90 Индукция ремиссии ГИБП ритуксимаб у ребенка с СКВ и волчаночным нефритом
Ш.Б. Али-заде
- 92 Нефротический синдром при иммуноостной дисплазии Шимке вследствие мутации в гене SMARCA1 (ORPHA 1830/OMIM 242900), клиническое наблюдение
Н.А. Граненкова, В.В. Александрова

- 94 Показатели липидного спектра крови детей с нефротическим синдромом
М.Л. Юдина
- 95 Клинический случай: хронический пиелонефрит, вторичный, обструктивный, непрерывно-рецидивирующее течение. САКУТ-синдром: врожденная гипоплазия левой почки, эктопия устьев мочеточников, пузырно-мочеточниковый рефлюкс. Нейрогенная дисфункция мочевого пузыря, недержание мочи. Состояние после множественных оперативных вмешательств
К.Р. Закирова

Организация здравоохранения. Гигиена

- 97 Сравнительный анализ работы отделения скорой медицинской помощи Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская поликлиника № 39» при оказании медицинской помощи детскому населению за период 2019–2021 год
Е.К. Иркиенко
- 98 Эффективность комплекса реабилитационных мероприятий при оказании первичной медико-санитарной помощи пациентам с дегенеративными заболеваниями позвоночника
Ю.А. Кренева
- 100 Медицинская наука на стыке специальностей
Л.А. Романова
- 101 Оценка влияния массовой иммунизации населения на заболеваемость гриппом на территории Архангельской области в 2005–2021 годах
Н.С. Мамонтова
- 102 Оценка воздействия химических веществ почвы на здоровье детей в городах Архангельской области
А.Н. Дерябин
- 104 Оценка осведомленности обучающихся Северного государственного медицинского университета в вопросах использования информационных технологий в практической деятельности медицинского работника
А.О. Завьялов
- 106 Симуляция как способ научного познания
Д.С. Близнякова

Оториноларингология

- 108 Анализ второго этапа универсального аудиологического скрининга в отделении патологии новорожденных перинатального центра
А.А. Русинова

- 110 Баллонная дилатация как метод хирургического лечения хронического стеноза гортани у детей грудного возраста
П.И. Маслей
- 111 Риноцеребральный инвазивный мукормикоз как осложнение юношеского артрита с системным началом — мультидисциплинарный подход
А.Н. Петрова, Е.А. Шульга
- 112 Клинический случай удаления гигантской остеомы лобной пазухи
А.Г. Габибли
- 114 Хирургические этапы лечения юношеской ангиофибromы основания черепа IIIa стадии по U. Fish
А.А. Дудукчян
- 115 Опыт применения кислого пептидогликана в терапии ювенильного респираторного папилломатоза
Е.Ю. Толстова
- 116 Врожденный стридор. Хирургический подход
М.Э. Конова, А.Ю. Миронов
- 117 Расширенный водопровод преддверия в клинической практике оториноларинголога
Н.В. Никитина, А.А. Русинова

Офтальмология

- 119 Особенности контузий глазного яблока тяжелой степени: клинические случаи
Г.Г. Ким
- 121 Постнатальное увеличение переднезаднего размера глаза у недоношенных детей
А.И. Акимова

Патологическая анатомия

- 123 Аспекты биологической терапии у детей с воспалительными заболеваниями кишечника
В.А. Муромцева
- 124 Морфологические особенности вторичной аневризмальной костной кисты при первичных опухолях и опухолеподобных поражениях кости
А.Д. Нилов
- 126 Особенности течения и морфологии папиллярного рака щитовидной железы у детей
А.С. Кузовникова
- 127 Значение морфологической диагностики при гипоганглиозе толстой кишки у детей
Д.В. Тонконог
- 128 Несчастные случаи в связи с нетипичным сексуальным поведением
А.А. Девотченко, Ю.В. Шабанова

130 Современное состояние экспертизы
по врачебным делам
С.Т. Жанарстанова

131 Судебно-медицинская экспертиза
в произведениях искусства и жизни
знаменитых людей
С.В. Котельникова

132 Роль гистологического исследования
в судебно-медицинской практике
А.С. Егорова

133 Судебная медицина в Кот-д'Ивуар
Д.Т. Х. Ака-Анги

134 Актуальные вопросы судебно-медицинской
экспертизы механической асфиксии
Е.А. Галахова

Педиатрия и неонатология

136 Анализ состояния здоровья
недоношенных детей с ЭНМТ, родившихся
в НМИЦ им. В.А. Алмазова в 2022 году
С.Ю. Ускова

137 Оценка приверженности противовирусной
терапии в амбулаторной практике
врача-педиатра
Н.Д. Сафиуллина, О.С. Шлойда

138 Характеристика задержки внутриутробного
развития у детей, рожденных в перинатальном
центре ЗБ уровня
Е.Э. Вьюкова, А.М. Ходжиева,
Ю.Е. Шинкарева, П.М. Грызунова

139 Частота и типы нарушений физического
развития у доношенных новорожденных детей,
рожденных в перинатальном центре
ЗА уровня
Р.М. Масаева, А.А. Хосроева

140 Изучение эффективности проведения
фототерапии при неонатальных
гипербилирубинемиях с использованием
чек-листов
С.Т. Посмашная, Н.А. Кривонос

141 К вопросу о дифференциальной диагностике
кашля у детей
Н.Д. Шабанова

143 Динамическое наблюдение за ребенком
с мукополисахаридозом 1-го типа,
получающего ферментозаместительную терапию
А.А. Ахмадуллина, Л.Р. Назмутдинова

144 Алгоритмы дифференциальной диагностики
моноартрита у детей
А.В. Яблонская

Психиатрия и психология

145 Оценка качества жизни детей
подросткового возраста школьной группы
Д.С. Близнякова

147 Оценка роли эмоционального интеллекта
в социализации больных шизофренией
С.К. Смирнова, С.Г. Мовсисян

148 Расстройства поведения со стойкими
когнитивными нарушениями
А.А. Тулина, А.Е. Сухаричева, А.Д. Гуренич

150 Особенности диссомнии у лиц
с невротическими расстройствами
О.А. Лузянина, А.М. Силина

152 Терапевтический комплаенс в психиатрии
Д.Н. Панов, А.Н. Николаева, Е.М. Помберг

154 Исследование явления алекситимии
и степени фрустрационной толерантности
у пациентов с диагнозом «шизофрения»
Д.М. Орлов, М.Ю. Кривдина,
А.В. Литвинов, А.А. Волхонский

156 Скрининг различных форм
нехимической зависимости
у лиц с психическими
расстройствами
Е.А. Шарманова, Ю.А. Юханова,
И.В. Поздняков, А.В. Гречкина,
Е.А. Ковалев, Е.А. Зверева

158 Маска психиатрического заболевания
или синдрома Ушера?
А.А. Котова

160 Психологическая помощь студентам
с низкими коммуникативными
и организаторскими способностями в рамках
пилотного проекта «Быть счастливым —
это просто!»
М.А. Кадуцкая, Е.С. Дядин, А.А. Зайцева

162 Ребенок с расстройством аутистического
спектра на приеме у участкового педиатра.
Красные флаги
Е.А. Коробкина

163 Динамика состояния подростков
с кардиологическими диагнозами на фоне
терапии соматического заболевания
и параллельно проводимой работы
с психологом
Д.В. Терентьева

165 Психохарактерологические особенности
у детей и подростков, страдающих
избыточной массой тела и ожирением
Т.А. Тарасова, Е.И. Веретенникова,
М.Д.Л. Оппедизано

Сердечно-сосудистая система

167 Патология сердца у детей
с синдромом Нунан
О.А. Власова

169 Оценка возможных рисков у подростков
без структурной патологии сердца
А.М. Абзалова

- 171 Информативность ЭхоКГ-критериев в верификации диастолической дисфункции миокарда в реальной клинической практике
Д.Н. Блудов, Е.Е. Паршков
- 173 Лекарственные осложнения у пациентов с хроническим пародонтитом на фоне гипертонической болезни
Е.В. Моторнова, И.Г. Стрельникова, М.В. Шупик, Н.В. Решетникова, Д.В. Авраменко
- Фтизиатрия и пульмонология**
- 175 Клинический случай реактивных изменений легких у ребенка с подозрением на туберкулез
Н.Ю. Колпина, В.А. Заиграева
- 177 Аспекты приверженности родителей к противотуберкулезной терапии детей
В.А. Ходоренко
- 179 Противотуберкулезная помощь детям с инвалидностью — взгляд фтизиатра
Л.Н. Мидаева
- 181 Использование метода клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных с деструктивными формами туберкулеза легких
А.И. Громова, А.Е. Гордеева
- 183 Оценка факторов приверженности лечению больных туберкулезом. Психологический аспект
П.А. Майер, К.А. Солодилина, А.И. Лощакова, К.В. Давиденко
- 185 Современные медико-психологические особенности больных туберкулезом и в сочетании с ВИЧ-инфекцией
О.В. Нечунаева, К.А. Солодилина, А.И. Лощакова
- 186 Идиопатический гемосидероз легких у детей. Трудности дифференциальной диагностики
А.А. Буковская
- 188 Поражение легких при АНЦА-негативном гранулематозе с полиангиитом
И.Т. Ардзинба
- 190 Анализ случаев общих реакций на аллерген туберкулезный рекомбинантный у детей
М.Б. Когония
- 192 Методы оценки функции внешнего дыхания в ведении пациентов с нервно-мышечными заболеваниями
В.А. Белых
- Хирургия. Анестезиология и реанимация**
- 193 Ажитация и делирий в период пробуждения от анестезии у детей: что мы знаем сегодня?
В.И. Колодяжная
- 194 Проблемы энтерального питания пациентов, находящихся на продленной неинвазивной вентиляции легких
Е.С. Чулкова, Е.А. Рочас
- 196 Хирургическое лечение персистирующего гиперпаратиреоза
О.Б. Гущина
- 197 Кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта на фоне новой коронавирусной инфекции (COVID-19)
Е.А. Испарёва
- 199 Клинический случай разрыва холедоха с разлитым желчным перитонитом у ребенка раннего возраста
Е.А. Капустин
- 201 Варианты кишечных анастомозов у детей с врожденной кишечной непроходимостью
Н.О. Костина
- 202 Использование малоинвазивных пункционных хирургических методов лечения гнойных осложнений острого аппендицита у детей
К.Г. Максютя
- 203 Операция заменного переливания крови в наши дни: вред или спасение?
А.А. Молодкина
- Эндокринология**
- 209 Случай внегонадной герминогенной опухоли у пациента с синдромом Клайнфельтера
Я.В. Угнич, Ш.А. Джамиева
- 207 Сложности диагностики гипопаратиреоза на примере клинического случая
В.В. Баранова, А.Д. Ситникова
- 209 Семейный случай X-сцепленной адренолейкодистрофии
К.О. Наговицына
- 211 Случай врожденной гиперплазии коры надпочечников вследствие дефицита 11-бета-гидроксилазы у пациента с кариотипом 46, XX
К.О. Наговицына
- 213 Случаи синдрома резистентности к тиреоидным гормонам
А.И. Бойцова
- 214 Врожденный гиперинсулинизм: клинические и молекулярно-генетические варианты
О.И. Марьина
- 216 Диффузный токсический зоб при болезни Крона (клинический случай)
Е.М. Марцева

217 Дифференциальная диагностика
гормонопродуцирующей опухоли
надпочечника на примере
клинического случая
М.И. Холопова

219 Генетические предикторы
развития метаболического синдрома
М.Д.Л. Оппедизано, Е.И. Веретенникова,
Т.А. Тарасова

221 Ожирение: новые возможности лечения
в детском возрасте
О.А. Ермакова, Ю.В. Сергеева

222 Показатели артериального давления
у подростков с ожирением:
связь с личностными особенностями
и гиподинамией
А.Д. Балашова

224 Терапевтический алгоритм
при эктопии ткани щитовидной
железы в корень языка
Е.Г. Алейник

225 Клинический случай поздно диагностированного
врожденного гипотиреоза
А.И. Кретицина

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

ПРОФИЛАКТИКА СТЕНОЗА НЕОВЛАГАЛИЩА С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНДИВИДУАЛЬНОГО ВАГИНАЛЬНОГО СТЕНТА

Шкляева Марина Сергеевна

Научные руководители: к.м.н., Тайц Анна Николаевна, Орлова Анастасия Дмитриевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра акушерства и гинекологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: sshh.mrn@gmail.com

Ключевые слова: детская гинекология; врожденные пороки развития женских половых органов; аплазия влагалища; вагинопластика; профилактика стеноза; индивидуальный стент.

Введение. Популяционная частота врожденных пороков развития женских половых органов колеблется от 2,7 до 4%, в том числе: аплазии матки и влагалища — 1,8%, частичной аплазии или полной атрезии влагалища с нарушением оттока менструальной крови — 0,55%, порока развития матки и влагалища с односторонним нарушением оттока — 0,27% и без нарушения оттока менструальной крови — 0,1%. Частота редких форм не превышает 0,05% [1]. Доля врожденных пороков развития половых органов составляет 3–7% от всех гинекологических заболеваний у детей и подростков. Почти у каждого второго подростка с первичной аменореей (46%) выявляется порок развития влагалища и матки [2].

Принимая во внимание большой процент распространенности врожденных пороков развития половой системы у девочек, возрастает обоснованная актуальность реконструктивной хирургии у детей и подростков, что является основным методом лечения данной патологии.

Ход оперативного вмешательства включает в себя рассечение тканей промежности, формирование реконструированного влагалища, использование трансплантатов по показаниям, что обосновывает необходимость в эффективном расширении неовлагалища в послеоперационном периоде.

Одним из важных аспектов профилактики послеоперационного стеноза влагалища является использование эффективного вагинального расширителя.

В СПбГПМУ был разработан и изготовлен индивидуальный трехмерный (3D) вагинальный стент, подобранный в соответствии с полученными данными комплексного предоперационного обследования, в том числе магнитно-резонансной томографии малого таза (МРТ). Вагинальный стент был напечатан на 3D-принтере из биосовместимого

высококачественного полимера dental resin и имел уникальную конгруэнтную форму, что позволило максимально эффективно его использовать в послеоперационном периоде с целью профилактики стеноза неовлагалища.

Цель исследования. Профилактика стеноза, сформированного хирургическим путем неовлагалища, у девочек с врожденными пороками развития женских половых органов.

Материалы и методы. В 2022 году на базе отделения гинекологии СПбГПМУ было проведено 2 реконструктивно-пластические операции на органах малого таза у девочек с использованием индивидуально изготовленного вагинального стента.

Заключение. По данным наблюдения: фиксация изготовленного перфорированного расширителя в сформированном влагалище в раннем послеоперационном периоде позволила объективно улучшить результаты проводимых реконструктивных оперативных вмешательств в гинекологии у детей и подростков с врожденными пороками развития. Использование индивидуального вагинального расширителя является не только доступной в изготовлении, но и максимально эффективной моделью, позволяющей адаптировать ее к анатомии пациента и добиться успешных результатов вагинопластики, минимизируя послеоперационные риски стеноза влагалища.

ЛИТЕРАТУРА

1. Уварова Е.В., Тарусин Д.И. Пособие по обследованию состояния репродуктивной системы детей и подростков. М.: Трида-Х, 2009. 232 с.
2. Федеральные клинические рекомендации. Протоколы по ведению пациентов с пороками развития влагалища и/или матки у детей и подростков, 2021.

РОЛЬ КАРДИОТОНИЧЕСКИХ СТЕРОИДОВ В ПАТОГЕНЕЗЕ ПРЕЭКЛАМПСИИ

Кагаев Николай Андреевич

Научные руководители: к.м.н., доцент Резник Виталий Анатольевич, аспирант ИЭФБ РАН
им. И.М. Сеченова Ершов Иван Александрович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неонатологии с курсами неврологии акушерства и гинекологии ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: nikmen1998@yandex.ru

Ключевые слова: преэклампсия; беременность; маринобуфагенин; антигипертензивный эффект.

Введение. Гипертензивные заболевания и преэклампсия являются наиболее частыми осложнениями гестации, которые проявляются гипертонией и/или протеинурией и ассоциируются со множеством материнских и фетальных осложнений. Преэклампсия — трехэтапное заболевание, при котором раннее нарушение плацентации приводит к дефектам кровоснабжения и гипоксии, что, в свою очередь, вызывает генерализованное нарушение функции материнского эндотелия и проявляется различными органоспецифическими клиническими симптомами. Превентивная стратегия профилактики ацетилсалициловой кислотой является лишь сравнительным снижением риска, в то время как медикаментозная, консервативная терапия остается лишь симптоматической. Единственной каузальной терапией является окончание беременности. Преэклампсия создает пожизненный повышенный риск для заболевания почек, кардиоваскулярных и метаболических заболеваний как женщины, так и ее потомства. Есть исследования, которые демонстрируют, что в развитии симптомов может лежать увеличение выработки одного из кардиотонических стероидов — маринобуфагенина (МБГ), который индуцирует фиброз, повышая выработку коллагена.

Цель исследования. Раскрыть механизм развития внутриклеточных и клеточных взаимоотношений, способных приводить к развитию фиброза у женщин, которым был поставлен диагноз «преэклампсия». Для достижения цели мы поставили себе задачи: отследить уровень МБГ у здоровых рожениц и с преэклампсией в плазме крови, также в тканях плаценты и пуповины посмотреть уровень коллагенов (первого и четвертого типа), активность отрицательного регулятора экспрессии промотора гена проколлагена и антипролиферативного фактора, играющего важную роль в регуляции клеточного цикла и инициирующего апоптоз.

Материалы и методы. Биоптат пуповины и плаценты получали непосредственно после родов (во время операции кесарева сечения) от 15 здоровых женщин (средний возраст 31 ± 1 год, СД = 115 ± 2 ,

ДД = 73 ± 1) и от 12 пациенток с критериями преэклампсии (средний возраст 32 ± 1 года, СД = 143 ± 4 , ДД = 93 ± 3). Содержание МБГ в плазме крови определяли методом DELFIA (Dissociation-Enhanced FluorImmuno Assay) с антителами, специфичными для МБГ. Экспрессию специфических маркеров фиброза оценивали методом электрофореза/иммуноблоттинга. Антитела, специфичные для Fli-1, коллагена-1, коллагена-4 и TGF β , были приобретены у фирм Santa Cruz Biotechnology и Southern Biotech (США).

Результаты. Содержание МБГ в плазме крови рожениц с преэклампсией в 2–3 раза превышало показатели, определяемые у женщин с нормально протекающей беременностью ($0,60 \pm 0,04$ нмоль/л и $0,26 \pm 0,41$ нмоль/л, соответственно). Содержание коллагена-1 и коллагена-4 в тканях плаценты и пуповины увеличивалось в среднем в 2 раза. Уровень экспрессии транскрипционного фактора Fli-1 снижался в 1,5–2 раза в плацентах и в 4–6 раза в пуповинах. Экспрессия TGF β не изменялась ни в тканях плаценты, ни в сосудах пуповины.

Выводы. В настоящем исследовании впервые показано, что у женщин с диагнозом преэклампсия индуцируются симптомы, связанные с сосудистым фиброзом, включая повышение артериального давления, протеинурию, снижение активности ренина в плазме и замедление роста плода. Эти наблюдения согласуются с данными, полученными в предыдущих клинических статьях по данной тематике, свидетельствующих о том, что нормальная беременность связана с умеренно повышенными уровнями МБГ, тогда как концентрация МБГ плазмы значительно возрастает при преэклампсии.

Беременность — физиологическое состояние, связанное с увеличением объема плазмы, которое связано с удержанием натрия. В настоящем эксперименте нормальная беременность ассоциировалась с умеренно увеличенной почечной экскрецией МБГ, но концентрация коллагена первого и четвертого типа увеличивалась у женщин с преэклампсией. В течение последних 3 недель беременности почечная экскреция МБГ постепенно уве-

личивалась с уровнем добавок натрия, так же как и экскреция натрия, и систолическое артериальное давление. В настоящем докладе впервые описывается увеличение сосудистых белков — коллагенов, и особенно МГБ, во время беременности и в экспериментальной модели показывающей многие особенности преэклампсии. Эти результаты подтверждают многочисленные более ранние сообщения о сходных результатах в области беременности и преэклампсии у людей. Одно из самых убедитель-

ных доказательств патогенетической роли SPL в преэклампсии основано на успешном использовании DIGIBIND, аффинно очищенного овального дигоксинового антитела, у пациентов с преэклампсией, при котором DIGIBIND, из-за блокады SPL оказывал антигипертензивный эффект. Введение антитела МБГ приводит к антигипертензивному эффекту. Это дает дополнительные доказательства того, что МБГ может быть потенциальной мишенью для терапии в преэклампсии.

АНАЛИЗ ИНФИЦИРОВАНИЯ ВИРУСОМ ПАПИЛЛОМЫ ЧЕЛОВЕКА ВЫСОКОГО КАНЦЕРОГЕННОГО РИСКА ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОК ОНКОГИНЕКОЛОГА АРХАНГЕЛЬСКОГО КЛИНИЧЕСКОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА

Афиногенова Оксана Анатольевна

Научный руководитель: к.м.н.,
доцент Лебедева Оксана Викторовна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра клинической биохимии, микробиологии и лабораторной диагностики. 163069, г. Архангельск, пр-т Троицкий, д. 51. E-mail: oksana.afinogenova.97@yandex.ru

Ключевые слова: вирус папилломы человека высокого канцерогенного риска; рак шейки матки; Архангельская область.

Введение. Рак шейки матки, занимая лидирующие позиции среди злокачественных опухолей женской репродуктивной системы, остается одной из наиболее сложных проблем онкогинекологии. Число случаев рака шейки матки в России неуклонно растет, демонстрируя социальную значимость данного заболевания. Установлено, что важнейшим фактором онкогенеза рака шейки матки является инфицирование вирусом папилломы человека. Таким образом, это первый вид рака с доказанной инфекционной природой возникновения, следовательно, подобно любому инфекционному заболеванию, его можно предотвратить, регулярно проводя ВПЧ-тестирование.

Цель исследования. Выявить уровень инфицирования вирусом папилломы человека высокого канцерогенного риска (ВКР) женского населения Архангельской области на примере пациенток онкогинеколога Архангельского клинического онкологического диспансера.

Материалы и методы. Исследование выполнено на базе молекулярно-генетической лаборатории ГБУ АО «Архангельский клинический онкологический диспансер» в период с апреля 2022 года по январь 2023 года. Исследуемая выборка включала 56 женщин, имеющих в анамнезе гинекологическую патологию (хронический цервицит, дисплазия шейки матки, рак шейки матки). Материалом для проведения лабораторного исследования являлись соскобы эпителия со слизистой оболочки цервикального канала, помещенные в транспортную среду с муколитиком (АмплиСенс). Экстракцию ДНК проводили с помощью комплекта реагентов «ДНК-сорб-АМ» (АмплиСенс). Амплификация и детекция выделенной ДНК производилась с помощью набора реагентов «АмплиСенс ВПЧ ВКР генотип-титр-FL». В медицинской информационной системе «Самсон» произведен поиск сведений

о результатах жидкостной онкоцитологии обследованных пациенток (BD SurePath Liquid-based PAP Test, система Becton Dickinson). Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0.

Результаты. Средний возраст обследованных составил 38,52 года (95% ДИ 36,27–40,76). ДНК ВПЧ ВКР выявлена у 14 пациенток (25,0%). Средний возраст инфицированных составил 34,79 года (95% ДИ 29,13–40,44). В 13 случаях (92,86%) зафиксировано инфицирование одним генотипом вируса, в 1 случае имело место инфицирование двумя генотипами одновременно (16-й и 18-й тип). Всего за период исследования удалось выявить 5 различных генотипов ВПЧ ВКР. Доминирующим из них оказался 16 генотип — 11 случаев (78,57%). Генотипы 18, 31, 39, 51 встречались по одному разу. Вирусная нагрузка (Ig на 10^5 эпителиальных клеток человека) у носительниц ВПЧ ВКР составила $Me (Q1; Q3) = 5,18 (4,1725; 5,7925)$, что расценивается как повышенная клиническая значимость. Корреляционный анализ между возрастом пациенток и наличием ВПЧ ВКР, а также возрастом и величиной вирусной нагрузки не дал статистически значимых результатов. Корреляция между местом проживания (от сельской местности к городской) и наличием ВПЧ ВКР показала статистически значимую ($p=0,000038$) прямую заметную связь (коэффициент корреляции Спирмена 0,522). Среди пациенток, проживающих в городе, ВПЧ ВКР выявлялся чаще, чем у жительниц сельской местности. Также у пациенток, проживающих в городе, отмечалась более высокая вирусная нагрузка ВПЧ ($p=0,000093$; коэффициент корреляции Спирмена 0,499). В ходе корреляционного анализа установлена статистически значимая ($p=0,000041$) прямая заметная связь (коэффициент корреляции Спирмена 0,520) между наличием ВПЧ ВКР и нарастанием степени атипии по результатам

жидкостной онкоцитологии. Кроме того, статистически значимая ($p=0,000022$) прямая заметная связь (коэффициент корреляции Спирмена 0,535) установлена между величиной вирусной нагрузки ВПЧ ВКР и нарастанием степени атипии. Установлено, что величина вирусной нагрузки у пациенток с заключением HSIL (высокая степень плоскоклеточного интраэпителиального поражения) статистически значимо выше ($p=0,025$, критерий Манна–Уитни $U=60,00$), чем у пациенток с заключением NILM (норма).

Заключение. Носительницей ВПЧ ВКР в исследуемой выборке была каждая 4-я пациентка онкогинеколога. Среди всех выявленных генотипов ВПЧ ВКР доминировал 16-й тип (78,57%). Более высокие частота обнаружения и уровень вирусной нагрузки ВПЧ ВКР отмечались у пациенток, проживающих в городе. У пациенток при увеличении вирусной нагрузки отмечалось также и нарастание степени атипии по результатам жидкостной онкоцитологии. В отношении возраста пациенток в данном исследовании статистически значимые корреляции не были найдены.

ПОРОГ ВКУСОВОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К ПОВАРЕННОЙ СОЛИ И ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГИПОТЕНЗИВНОЙ ТЕРАПИИ У БЕРЕМЕННЫХ С ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Воеводина Виктория Алексеевна

Научные руководители: к.м.н. Гребенщикова Людмила Юрьевна, д.м.н., профессор Радьков Олег Валентинович
Тверской государственный медицинский университет. Кафедра репродуктивной медицины и перинатологии.
170100, г. Тверь, ул. Советская, д. 4. E-mail: vika.voevodina.1998@mail.ru

Ключевые слова: хроническая артериальная гипертензия; порог вкусовой чувствительности; метаболизм натрия; беременность.

Введение. Хроническая артериальная гипертензия (ХАГ) осложняет до 5% беременностей и ассоциирована с неблагоприятными акушерскими и перинатальными исходами гестации. Целевого уровня АД на фоне гипотензивной терапии удается достичь не более, чем у 50% беременных с ХАГ. Однако механизм недостаточной эффективности гипотензивной терапии у беременных с ХАГ до настоящего времени неясен. Можно полагать, что метаболизм натрия, играющий важную роль в генезе гипертензивных расстройств, может быть включен в механизм развития резистентных к терапии форм артериальной гипертензии у беременных с ХАГ.

Цель исследования. Определить показатели порога вкусовой чувствительности к поваренной соли у беременных с хронической артериальной гипертензией в зависимости от эффективности гипотензивной терапии.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 66 беременных с ХАГ. На первом этапе, в 11–14 недель, проводилось определение порога вкусовой чувствительности к поваренной соли (ПВЧПС) с помощью набора из 12 разведений хлорида натрия в концентрациях от 0,0025 до 5,12%. Раствор хлорида натрия (1 капля) наносился последовательно на переднюю треть языка. За показатель ПВЧПС принимали наименьшую концентрацию, при которой ощущался вкус раствора. У пациенток с низким порогом концентрация раствора хлорида натрия 0,08% и менее; со средним порогом — 0,16%; с высоким порогом — 0,32% раствора хлорида натрия и более. На первом этапе работы у беременных оценивалась также суточная экскреция ионов натрия методом плазменно-эмиссионной фотометрии. На втором этапе, в сроке 28 недель, беременные с ХАГ разделены на две группы: в группу 1 вошли 36 пациенток, достигших целевого уровня АД (ниже 140/90 мм рт.ст.) на фоне гипотензивной терапии, группу 2 составили 30 женщин, получавших гипотензивную терапию, но не достигших целевых значений АД. Сравнение независимых выборок вы-

полнено с помощью тестов χ^2 или точного критерия Фишера, а также тестом Краскела–Уоллиса.

Результаты. Согласно данным первого этапа обследования, из 66 беременных с ХАГ у 20 (30,4%) отмечен низкий ПВЧПС, 27 (40,9%) пациенток имели средний ПВЧПС, а у 19 женщин (28,7%) ПВЧПС был высоким.

На втором этапе работы установлено, что среди 36 беременных с ХАГ, достигших целевых значений АД на фоне лечения (группа 1), 27 пациенток (75,0%) получали один гипотензивный препарат, а 9 (25,0%) женщинам назначалась многокомпонентная терапия. В группе 2 из 30 пациенток с ХАГ, не достигших целевого уровня АД при гипотензивной терапии, один препарат принимали реже — 10 (33,3%), два и более препарата чаще — 20 (66,6%), чем в группе 1 ($\chi^2=11,53$; $p<0,001$).

Среди обследованных беременных с ХАГ в группе 1 низкий ПВЧПС отмечался значительно чаще (16 (44,4%) против 4 (13,3%); $\chi^2=4,40$; $p=0,036$), чем в группе 2. Средний ПВЧПС регистрировался реже в группе 1 (12 (33,3%) против 15 (50,0%)), чем в группе 2, но без значимости различий между группами ($\chi^2=1,88$; $p=0,171$). Высокий ПВЧПС определен у 8 (22,2%) беременных группы 1, что и по частоте значимо не различалось с данными группы 2 — 11 (36,6%) ($\chi^2=1,66$; $p=0,197$).

Сравнивая уровень суточной экскреции натрия у беременных с ХАГ группы 1 и 2, выявлено, что при низком ПВЧПС он составил 137,6 (127,8; 147,4) и 140,6 (129,4; 151,8) ммоль/сут., ($p=0,092$), со средним ПВЧПС определен как 142,6 (129,4; 155,8) и 150,6 (133,4; 167,8) ммоль/сут., ($p=0,112$), а в случае высокого ПВЧПС регистрировался в значениях 170,9 (161,4; 180,5) и 175,7 (167,3; 184,2) ммоль/сут., ($p=0,341$) соответственно. Таким образом, значимых различий по уровню суточной экскреции натрия между группами беременных с ХАГ в зависимости от ПВЧПС не установлено.

В группе 1 развитие преэклампсии на фоне ХАГ отмечено значительно реже (1 (2,7%) против 7 (23,3%); $F=0,019$ $p<0,05$), чем в группе пациенток, не достиг-

ших целевого уровня АД на фоне лечения. Кроме того, задержка роста плода у беременных, получавших эффективную гипотензивную терапию, регистрировалась значительно реже (2 (5,5%) против 8 (26,6%); $F=0,034$; $p < 0,05$), чем в группе 2.

Выводы. Часть обследованных беременных с ХАГ не достигли целевых значений АД, несмотря на высокую частоту многокомпонентной гипотензив-

ной терапии (группа 2). Среди беременных с ХАГ, достигающих целевых значений уровня АД на фоне гипотензивной терапии, низкий ПВЧПС отмечается значительно чаще, чем у пациенток, чья гипотензивная терапия оказалась неэффективной. Недостаточный контроль уровня АД у беременных с ХАГ ассоциирован с высокой частотой осложнений гестации, таких как преэклампсия и задержка роста плода.

СИНДРОМ ПОЛИКИСТОЗНЫХ ЯИЧНИКОВ У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В СТРУКТУРЕ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Подорова Людмила Александровна

Научные руководители: к.м.н., доцент Шестакова Маргарита Дмитриевна, детский гинеколог Шогирадзе Лаура Джумбертовна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: podoroval@list.ru

Ключевые слова: синдром поликистозных яичников; подростки; ожирение; метаболический синдром.

Введение. Более 1,5 миллиардов человек в мире имеют избыточную массу тела. Из них 340 миллионов приходится на детей и подростков, и их численность увеличивается на 10% каждые 10 лет [1–3]. Ожирение может стать причиной развития метаболического синдрома (МС), особенно центральное ожирение (ЦО), начавшееся в подростковом возрасте [2, 4–6]. ЦО оказывает отрицательное влияние на репродуктивную функцию девочек. В подростковом возрасте ожирению часто сопутствуют нерегулярные менструальные циклы, олиго- или аменорея, увеличение синтеза андрогенов, которые могут быть как физиологической нормой, так и первыми признаками развивающегося синдрома поликистозных яичников (СПКЯ), что увеличивает время диагностики. Считается, что своевременно начатое лечение ЦО способно предотвратить развитие МС и СПКЯ, как и его осложнения, еще до постановки точного диагноза, что улучшает качество жизни и репродуктивную функцию девочки в зрелом возрасте [2].

Цель исследования. Описать взаимосвязь связь между МС у девочек-подростков и развитием у них СПКЯ.

Материалы и методы. Проводился поиск первичной информации (метаанализы, клинические исследования, систематические обзоры) в базах данных PubMed, eLibrary за период публикаций 2010–2022 года. Информационные запросы включали следующую совокупность ключевых слов: «метаболический синдром; подростки; осложнения», «синдром поликистозных яичников; подростки; лечение».

Результаты. Девочки-подростки с диагнозом МС имеют осложнение в виде гиперандрогении, которая впоследствии может стать причиной развития СПКЯ. Нейроэндокринные нарушения, встречающиеся при МС, приводят к повышенной секреции адренокортикотропного гормона (АКТГ) и гонадотропинов. Эстрон, синтезирующийся внегонадно, повышает чувствительность гипофиза к гонадолиберину, что впоследствии приводит к формированию поликистозных яичников. Повы-

шенная секреция АКТГ оказывает влияние на распределение жировой ткани в сторону андроида-го типа, что усугубляет инсулинорезистентность и гиперинсулинемию. Инсулин, в свою очередь, провоцирует повышенный синтез андрогенов в тека-клетках яичников, вследствие чего развивается СПКЯ [7–9]. И поэтому у пациенток, страдающих МС, стоит проводить тщательное обследование на наличие эндокринных патологий, в частности СПКЯ.

Помимо этого, патогенетические основы СПКЯ включают в себя генетическую предрасположенность. Ген fat mass and obesity associated (FTO) определяет развитие ожирения с детского возраста. ЦО, связанное с наличием аллелей FTO, у пациенток с СПКЯ больше, чем у здоровых девочек, на основе чего можно сделать вывод о возможной генетической предрасположенности к обоим заболеваниям или развития одной патологии как осложнения другой [2, 10]. Основу лечения СПКЯ и МС в детской популяции составляет модификация образа жизни и диетотерапия. Снижение массы тела ведет к снижению уровня инсулина, увеличению чувствительности тканей к нему, а вследствие этого — снижению лютеинизирующего гормона и андрогенов [2]. Медикаментозное лечение СПКЯ включает в себя прием комбинированных оральных контрацептивов, антиандрогенов и метформина [2]. Однако медикаментозное лечение СПКЯ у подростков недостаточно изучено, что ограничивает его применение в данной возрастной категории.

Заключение. Среди врачей должна быть настороженность в сторону МС не только у взрослого населения, но и среди подростковой возрастной группы. Осведомленность о наличии осложнений ЦО, своевременная их диагностика и лечение способны предотвратить отдаленные последствия. Образ жизни, направленный на снижение массы тела при ЦО, должен лежать в основе профилактики и лечения МС и СПКЯ еще до постановки диагноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Грицинская В.Л., Новикова В.П., Хавкин А.И. К вопросу об эпидемиологии ожирения у детей и под-

- ростков (систематический обзор и мета-анализ научных публикаций за 15-летний период) Вопросы практической педиатрии. 2022. Т. 17. № 2. С. 126–135.
2. Автомонова Т.С., Алешина Е.И., Афончикова О.Л. и др. Мультидисциплинарные проблемы ожирения у детей. СПб: Изд-во СПбГПМУ, 2019.
 3. Obesity in children in the regions of Russia Gritsin-skaya V.L., Novikova V.P. Archives of Disease in Childhood. 2021. Т. 106. № S2. С. A871-A87.
 4. Della Corte C. Metabolic syndrome / C. Della Corte, A. Alterio, V. Nobili // From 71st Congress of the Italian Society of Pediatrics. Italian Journal of Pediatrics. — 2015. –P. 22-31
 5. Sorokman T.V., Popeliuk O., M.V., Makarova O.V. Weight loss the cornerstone in the therapy of metabolic syndrome in adoscents/ International journal of endocrinology. 2017. № 2. P. 112.
 6. Захарова И.Н., Малявская С.И., Творогова Т.М., Васильева С.В., Дмитриева Ю.А., Пшеничникова И.И. Метаболический синдром у детей и подростков. Принципы лечения// Медицинский совет. 2017. № 1. С.204–210.
 7. Kalugina A.S., Bobrov K.Yu. Polycystic ovary syndrome: modern concepts and role in the problem of infertility (literature review). Reproduction problems. 2015; 21(2): 31-35.
 8. Шогирадзе Л.Д., Грачёва О.В., Мильнер Е.Б., Похлёбкина А.А., Гурина О.П., Блинов А.Е., Варламова О.Н., Новикова В.П. Гормональный статус девочек-подростков, страдающих ожирением. В сборнике: Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья молодежи. Под ред. А.М. Куликова, М.Ф. Ипполитовой. Санкт-Петербург, 2021. С. 173–174.
 9. Firsova L.A., Shogiradze L.D., Evdokimova N.V., Pokhlebkina A.A., Gurina O.P., Blinov A.E., Varlamova O.N., Novikova V.P., Bezhenar V.F. Hormonal and cytokine status in adolescent girls with obesity. University Therapeutic Journal. 2022. Т. 4. № 5. P. 137.
 10. Tan S., Scherag A., Janssen O.E. et al. Large effects on body mass index and insulin resistance of fat mass and obesity associated gene (FTO) variants in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS) // BMC Med. Genet. 2010. Vol. 11. P. 12.

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

РАБДОМИОЛИЗ ПОД МАСКОЙ СИНДРОМА ЦИТОЛИЗА — КЛИНИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ

Назмутдинова Лия Рафаиловна, Ахмадуллина Альбина Айратовна

Научный руководитель: профессор, д.м.н., доцент Камалова Аэлига Асхатовна

Казанский государственный медицинский университет. Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра госпитальной педиатрии. 420012, ПФО, РТ, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49.

E-mail: liya-nazmutdinova@yandex.ru

Ключевые слова: рабдомиолиз; синдром цитолиза; злокачественная гипертермия; клинический алгоритм; диагностика; трансаминазы; дети.

Введение. Синдром цитолиза зачастую помогает педиатру начать поиск патологии гепатобилиарной системы, но под маской повышения уровня трансаминаз могут дебютировать различные заболевания, в частности, синдром рабдомиолиза. Рабдомиолиз — клиничко-лабораторный синдром, возникающий вследствие повреждения скелетных мышц с освобождением клеточного содержимого миоцитов в плазму. Это состояние требует ранней диагностики и лечения, в связи с возможным развитием острого почечного повреждения и других осложнений. Наиболее частой причиной синдрома рабдомиолиза является вирусная инфекция. Кроме того, триггерами могут быть бактериальные инфекции, травма, прием некоторых лекарственных средств (статины, кортикостероиды), наследственные болезни обмена, мышечные дистрофии. На сегодня не существует клинических протоколов и рекомендаций по диагностике и лечению рабдомиолиза. В докладе представлен клинический случай ребенка с синдромом рабдомиолиза на фоне злокачественной гипертермии.

Целью демонстрации клинического случая является повышение осведомленности врачей о современных методах диагностики и терапии рабдомиолиза в педиатрической практике.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациента, работа с медицинской документацией, анализ медицинской литературы.

Результаты. Пациент, 4 года, с отставанием психомоторного развития, спастическим тетрапарезом, симптоматической мультифокальной эпилепсией поступил с жалобами на повышение температуры тела до 40,5 °С, некупирующееся приемом жаропонижающих. Из анамнеза известно, что за два дня до госпитализации отмечался подъем температуры тела до 38,9 °С, лихорадка также плохо поддавалась коррекции. Пациент был госпитализирован по месту жительства с жалоба-

ми на некупирующуюся гипертермию, отсутствие аппетита. На фоне инфузионной терапии (1100 мл) отмечалось снижение диуреза до 150 мл в сутки, в биохимическом анализе крови обращал на себя внимание синдром цитолиза: аланинаминотрансфераза (АЛТ) 221 Ед/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) 591 Ед/л, повышение уровня сыровоточного креатинина до 144,4 мкмоль/л, в общем анализе крови — лейкоцитоз до 15×10^9 /л. Для уточнения генеза синдрома цитолиза и по тяжести состояния пациент переведен в стационар третьего уровня и госпитализирован в реанимационное отделение. Состояние при поступлении крайне тяжелое, тяжесть состояния обусловлена синдромом интоксикации, грубой неврологической симптоматикой, острым почечным повреждением, поражением печени. В биохимическом анализе крови: АЛТ — 426 Ед/л, АСТ — 2518 Ед/л, креатинин — 74 мкмоль/л, КФК — 391 Ед/л, лактатдегидрогеназа (ЛДГ) — 3547 Ед/л. ПЦР крови на герпесвирусы: выявлен ДНК вируса Эпштейна–Барр (ВЭБ). На четвертый день болезни: АЛТ — 642 Ед/л, АСТ — 1929 Ед/л, КФК — 68101 Ед/л, ЛДГ — 3280 Ед/л. Был выставлен клинический диагноз: ВЭБ-инфекция, тяжелая форма. Гепатит высокой степени активности. Острое почечное повреждение I ст. Синдром рабдомиолиза на фоне злокачественной гипертермии. Проведено лечение: инфузионная терапия глюкозо-солевыми растворами, гепатопротекторная терапия, противовоспалительная терапия, противовирусная терапия. На фоне проводимого лечения на 17-й день у ребенка стабилизировалось общее состояние, синдром цитолиза купирован.

Выводы. Самая частая причина рабдомиолиза в педиатрической практике — инфекция. Повышение уровня КФК в крови более чем в 5 раз — важный диагностический критерий рабдомиолиза. Основным методом лечения пациентов с рабдомиолизом является инфузионная терапия. Однократ-

ные случаи рабдомиолиза, как правило, обусловлены инфекцией или травматическим повреждением мышц. Повторные случаи рабдомиолиза или рабдомиолиз в семейном анамнезе требуют дальнейшей диагностики (метаболическое и генетическое тестирование).

ЛИТЕРАТУРА

1. Heidi S. Szugye Pediatric Rhabdomyolysis. *Pediatr Rev* (2020) 41 (6): 265–275.
2. Chen CY, Lin YR, Zhao LL, et al. Clinical spectrum of rhabdomyolysis presented to pediatric emergency department. *BMC Pediatr*. 2013;13:134-139.

ОСОБЕННОСТИ СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРИТОМ, ИМЕЮЩИХ ДЕФИЦИТ И НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D

Кашпанов Максим Дауренбекович

Научные руководители: д.м.н., профессор Попов Владимир Викторович, д.м.н., профессор Новикова Ирина Альбертовна
Северный государственный медицинский университет. 163069, г. Архангельск, Россия, пр-т Троицкий, 51. E-mail: info@nsmu.ru

Ключевые слова: витамин D; остеоартрит; дефицит; недостаточность; соматическая патология.

Введение. Дефицит витамина D относится к числу состояний, которые в настоящее время вызывают повышенный интерес в связи с широкой распространенностью практически во всех регионах мира и характеризуются крайне неблагоприятными последствиями для здоровья и качества жизни пациентов.

Проведенные в последние годы масштабные исследования показывают высокую распространенность дефицита витамина D в различных возрастных группах, и в особенности у пациентов старческого возраста, при различных заболеваниях и в различных географических регионах, в частности у пациентов в Арктическом регионе.

Активное изучение внекостных (некальциемических) эффектов витамина D позволило оценить его разнообразные эффекты, включая иммуностропные, влияние на сердечную и скелетную мускулатуру, прямое действие на β -клетки островков Лангерганса поджелудочной железы, адипоциты, синтез гормонов и ряда биологически активных веществ.

Своевременное выявление недостаточности витамина D затруднено из-за разнообразия клинических проявлений, стертого, малосимптомного и нередко атипичного течения при различных заболеваниях. Скрининг дефицита витамина D в группах генетического риска признан одним из способов первичной профилактики многих хронических неинфекционных заболеваний, в том числе аутоиммунных, почечных и онкологических.

Таким образом, к настоящему времени крайне мало научных работ, в которых выявлена взаимосвязь дефицита и недостаточности витамина D и наличия сопутствующих хронических неинфекционных заболеваний у пациентов пожилого и старческого возраста с остеоартритом.

Цель исследования. Выявление особенностей сопутствующей патологии у пациентов пожилого и старческого возраста с остеоартритом, имеющих дефицит и недостаточность витамина D.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 100 пациентов пожилого и старческого возраста с остеоартритом, наблюдающихся в ам-

булаторных лечебно-профилактических учреждениях г. Мурманска, средний возраст — $69,03 \pm 2,34$ года; из них 85 (85%) женщин и 15 (15%) мужчин.

Использовались данные анкетирования (социально-демографические показатели, факторы риска хронических неинфекционных заболеваний), клиническое обследование, определение уровня витамина D, оценка рентгенологической стадии заболевания и степени нарушения функции сустава.

Результаты. Среди пациентов с остеоартритом пожилого и старческого возраста 1/3 имеет дефицит витамина D и более 1/2 — недостаточность витамина D. У больных с остеоартритом с дефицитом и недостаточностью витамина D наиболее часто отмечалась такая сопутствующая соматическая патология, как артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, ревматоидный артрит. У пациентов 1-й группы по сравнению со 2-й группой чаще отмечались сахарный диабет 2-го типа, онкологические заболевания, хроническая обструктивная болезнь легких, острое нарушение кровообращения в анамнезе.

Пациенты, имеющие более низкие показатели витамина D, на фоне остеоартрита чаще страдают различной соматической патологией: сердечно-сосудистой, онкологической и эндокринологической. Обследуемые с более низкими показателями содержания витамина D чаще имеют нарушения слуха, дисфагию, запоры, недержание мочи и патологию ротовой полости. Пациенты, имеющие дефицит витамина D в сравнении с его недостаточностью, в большем проценте имеют более выраженную рентгенологическую стадию заболевания и степень нарушения функции суставов, что, в свою очередь, увеличивает процент инвалидизации среди указанных пациентов.

Выводы. Данное исследование свидетельствует о взаимосвязи дефицита витамина D и развития сопутствующей соматической патологии у пациентов с остеоартритом пожилого и старческого возраста. Результаты исследования определяет целесообразность включения витамина D в комплексную терапию остеоартрита у лиц пожилого и старческого возраста.

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

рН-ИМПЕДАНСОМЕТРИЯ ПИЩЕВОДА, МЕТОДИКА ПРОВЕДЕНИЯ И КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ, ОСОБЕННОСТИ ИССЛЕДОВАНИЯ У ДЕТЕЙ

Туманова Полина Викторовна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Моисейкова Екатерина Леонидовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра детских болезней имени профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: Tumanova-Polina-V@mail.ru

Ключевые слова: рН-импедансометрия; гастроэзофагеальный рефлюкс; гастроэзофагеальная рефлексная болезнь; функциональная изжога; диагностика; дети.

Введение. Многоканальная рН-импедансометрия является «золотым стандартом» диагностики патологического гастроэзофагеального рефлюкса. В основе метода лежит измерение сопротивления (импеданса), которое оказывает переменному электрическому току содержимое в просвете пищевода. Так, в отличие от рН-метрии, этот метод позволяет идентифицировать эпизоды рефлюкса вне зависимости от значения рН рефлюктата, позволяя не только выявлять все эпизоды рефлюксов, но и регистрировать его физическое состояние (жидкий, газовый или смешанный рефлюкс), определить его кислотность (кислый, слабокислый, щелочной), а также получить данные о распространении болюса в пищеводе, его высоте и направлении движения (антеградное или ретроградное), вычислять время осуществления клиренса пищевода. Этот метод диагностики позволяет провести дифференциальную диагностику гастроэзофагеальной рефлексной болезни с неэрозивной рефлексной болезнью и функциональными расстройствами пищевода, что играет большую роль в определении тактики лечения пациента с данными нозологиями.

Цель. Освоение методики проведения, интерпретации полученных результатов и значение рН-импедансометрии в диагностике заболеваний пищевода.

Материалы и методы. На базе клиники Санкт-Петербургского педиатрического медицинского университета в отделении гастроэнтерологии в период с 2022 по 2023 год проводилось обследование детей с симптомами гастроэзофагеального рефлюкса, а также с изменениями слизистой оболочки пищевода по данным эзофагоскопии. Для проведения суточного мониторинга внутрипищеводного рН-импеданса использовался аппарат MMS Ohmega, производитель Medical Measurement

Systems B.V., Нидерланды, в комплект входит зонд с двумя датчиками рН (один желудочный и один пищеводный) и семью датчиками импеданса. Установка зонда проводилась под контролем изменения показателей рН-датчиков на зонде и рентгенологического исследования. Всего обследовано 14 детей из них 11 мальчиков 3 девочки. Выполнен обзор и анализ публикаций отечественных и зарубежных авторов по данной теме.

Результаты. Описаны основные показания и противопоказания к проведению исследования, принцип метода, правила проведения исследования, его расшифровка, а также интерпретация результатов и применение их у пациентов детского возраста. Из 14 обследованных данным методом детей патологический рефлюкс (более 80 эпизодов в сутки) выявлен у 6, из них 1 девочка и 5 мальчиков. Дуоденогастральный рефлюкс отмечен у 2 детей (1 мальчик и 1 девочка). Выявить индекс симптомов удалось у 2 пациентов, он составил 85% у мальчиков и 100% у девочек. Нами было замечено, что у остальных детей рассчитать индексы, связанные с симптомами, не представлялось возможным ввиду того, что в день исследования они не испытывали таких симптомов, как изжога, отрыжка, чувство заброса жидкого содержимого в пищевод (на что предъявляли жалобы ранее), а также ограничивали себя в еде и повседневной активности, вероятнее всего, из-за дискомфорта в связи с установленным зондом в пищевод.

Заключение. Многоканальный рН-импеданс-мониторинг обеспечивает наиболее полную оценку гастроэзофагеального рефлюкса. Согласно Лионскому консенсусу, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь — это сложное комплексное заболевание с гетерогенной симптоматикой и мультифакторным патогенезом. Методика суточной рН-импедансометрии совместно с клинической

оценкой жалоб и эндоскопической оценкой изменений в слизистой оболочке дистального отдела пищевода являются определяющими в постановке диагноза гастроэзофагеальной рефлексной болезни, проведении дифференциального диагноза с функциональной патологией пищевода и определении дальнейшей тактики ведения пациента, включая определение показаний к антирефлюксному хирургическому лечению, в том числе когда

пациент резистентен к терапии ингибиторами протонной помпы. Таким образом, многоканальный рН-импеданс-мониторинг — это современный метод с широкими возможностями диагностики различных состояний пищевода, особенно в совокупности с другими диагностическими методами. Это, несомненно, играет большую роль в успешном лечении пациентов с патологией верхних отделов желудочно-кишечного тракта, в большей степени пищевода.

ЭОЗИНОФИЛЬНЫЙ ЭЗОФАГИТ У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА, ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ. АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ НА БАЗЕ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДГБ № 2 СВ. МАРИИ МАГДАЛИНЫ ЗА 2019–2022 ГОДЫ

Килина Софья Геннадьевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Корниенко Елена Александровна, к.м.н., Моисейкова Екатерина Леонидовна
Детская городская больница № 2 Святой Марии Магдалины. Отделение гастроэнтерологии. 199053 Санкт-Петербург, 2-я линия В.О., д. 47. Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: oregano.ya@gmail.com

Ключевые слова: эозинофильный эзофагит; дисфагия; аллергия; лечение; диагностика.

Введение. Эозинофильный эзофагит (ЕоЕ) — хроническое иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся патологической эозинофильной инфильтрацией слизистой оболочки пищевода. Проявляются неспецифическими симптомами, такими как срыгивания, рвоты, боли в животе, отказ от еды, по мере прогрессирования проявляются симптомы дисфункции пищевода. Диагностика ЕоЕ требует эндоскопической и гистологической оценок биоптатов из различных участков пищевода, диагностическим порогом считается выявление более 15 эозинофилов в поле зрения при большом увеличении. Диагноз устанавливается после исключения вторичной тканевой эозинофилии.

Диета с исключением коровьего молока, куриных яиц, пшеницы, рыбы/морепродуктов, сои, арахиса/лесных орехов считается терапией первой линии. Описан значимый вклад пищевой аллергии, связанной с пылью, что объясняет недостаточный ответ на диетотерапию, у пациентов с респираторной сенсibilизацией. В качестве медикаментозной терапии используются ингибиторы протонной помпы (ИПП) и топические глюкокортикостероиды.

Цель исследования. Провести анализ структуры заболеваемости эозинофильным эзофагитом и оценить особенности диагностики и лечения у детей.

Материалы и методы. Проанализирована 31 история болезни детей от 1 года до 18 лет с диагнозом ЕоЕ на базе гастроэнтерологического отделения ДГБ № 2 с 2019 по 2022 год. Средний возраст составил $11,72 \pm 4,9$ лет, чаще ЕоЕ встречался в подростковом возрасте, на долю детей с 11 до 18 лет пришлось 70%, $n=22$. Количество мальчиков составило 90,3%. Отмечается рост заболеваемости, за 2021 год выявлено 11 новых случаев, а за 2022 год — 13, что больше в 2,5 раза, чем за 2019–2020 годы.

Результаты. Наиболее распространенными жалобами были боли в эпигастрии и дисфагия, которые встречались у 67,7%, $n=21$, и 45,1%, $n=14$ детей. У 22,58%, $n=7$, детей отмечалось «застревание» пищевого комка в пищеводе, разрешившееся самостоятельно или потребовавшее обращения по СМП. С одинаковой частотой встречались тошнота и отрыжка — у 25,8%, $n=8$. Реже встречалась изжога — у 19,35%, $n=8$.

Сопутствующие аллергические заболевания выявлены у 61,3%, $n=19$ детей, из которых у 11 было сочетание двух и более. Чаще встречались аллергический риноконъюнктивит и атопический дерматит, выявленные у 11 детей. У 10 детей в анамнезе были отмечены острые реакции по типу крапивницы или отека Квинке, 5 детей наблюдались по поводу бронхиальной астмы. У двух детей была диагностирована аллергическая энтеропатия.

Наследственность по аллергическим заболеваниям отягощена у 25,8%, $n=8$, детей.

Стойкая периферическая эозинофилия выявлена у 32,2%, $n=10$. Повышение общего IgE выявлено у 46,7% детей, среди которых, у 11 детей выявлено сочетание бытовой и пищевой сенсibilизации и у 6 изолированной бытовой. У 12,9% выявлена аллергия к куриному яйцу и ржаной муке, реже (у 9,7% детей) встречалась сенсibilизация к говядине, пшенице, овсу и гречке, у 6,45% выявлена аллергия к коровьему молоку. У 8 (25,8%) детей выявлена сенсibilизация к моркови, что, вероятно, объясняется перекрестными реакциями с пылью деревьев и сорных трав.

Для описания характера поражения пищевода использовалась эндоскопическая шкала EREFS, описывающая основные признаки ЕоЕ: экссудат, кольца, отек, борозды и стриктуры, у 84,8%, $n=28$, детей сочетание двух признаков и более. У всех детей выявлен отек слизистой оболочки пищевода, экссудат и продольные борозды, встречались в 80,6%, $n=25$,

и 74,2%, n=23; у 35,5% (n=10) отмечалось формирование колец. У 3 детей выявлены стриктуры пищевода, еще у 3 детей ригидность слизистой оболочки и у одного эндоскопия осложнилась надрывом слизистой, что свидетельствует о фиброзном ремоделировании. У одного ребенка выявлена спонтанная диссекция слизистой оболочки, описанная как редкое осложнение ЕоЕ. Также выявлялись эрозивно-язвенные изменения пищевода, воспалительные полипы, формирующиеся кольцо Шацкого. У 32,2%, n=10, детей был выявлен ГЭРБ.

Всем детям назначалась диета с исключением «шести аллергенов», выбор стартовой медикаментозной терапии основывался на степени выраженности эозинофильной инфильтрации и наличием осложнений. Контрольно обследованы 24 ребенка, ремиссии достигли 15 (62,5%). Из 16 (66,7%) детей, получающих ИПП, ремиссии достигли 10, а из 8 (33,3%), получающих ГКС, ремиссии достигли 5, всего ремиссия достигнута у 15. Среди 9 (37,5%) детей, не ответивших на терапию, у 4 выявлена респираторная сенсibilизация, у 2 была выявлена стриктура пищевода, и еще у троих выявлена ри-

гидность и надрыв слизистой. В качестве стартовой терапии 3 получали топические стероиды и 6 ИПП, однако во всех случаях наблюдалась низкая приверженность к терапии.

Заключение. ЕоЕ может манифестировать в любом возрасте, на начальных стадиях симптомы неспецифичны, дисфагия появляется на более поздних сроках и ассоциирована с риском развития фиброзных осложнений. Стойкая эозинофилия, наличие сопутствующих аллергических заболеваний в сочетании с симптомами поражения верхних отделов ЖКТ должны насторожить в плане ЕоЕ. Выявленный при эндоскопии отек слизистой оболочки на всем протяжении или в средней трети, даже в отсутствие других признаков ЕоЕ, требует проведения биопсии. Наличие ГЭРБ не исключает ЕоЕ. Высокая тканевая эозинофилия, фиброзные изменения пищевода в сочетании с atopическими заболеваниями требует назначения тропических глюкокортикостероидов. Сопутствующая респираторная сенсibilизация повышает риск неудовлетворительного ответа на терапию и требует междисциплинарного подхода.

ПОРАЖЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С COVID-19

Володина Наталья Игоревна

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Минина Светлана Николаевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП И ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: spb@gpmu.org

Ключевые слова: желудочно-кишечный тракт; дети; COVID-19; патогенез.

Введение. В декабре 2019 г. в КНР впервые был зафиксирован случай инфицирования новым штаммом коронавируса SARS-CoV-2. Новая коронавирусная инфекция получила название COVID-19 (Coronavirus Disease 2019). 11 марта 2020 года в связи с ростом заболеваемости Всемирная организация здравоохранения объявила пандемию COVID-19. Первоначально новая инфекция характеризовалась преимущественным поражением нижних отделов дыхательных путей, но в ходе пандемии наряду с поражением респираторного тракта все чаще отмечались случаи вовлечения пищеварительной системы, особенно у детей. С течением времени стало понятно, что явления гастроэнтерита, абдоминальной боли, дисфункция печени при COVID-19 — явление достаточно распространенное. Также зафиксированы случаи, где симптомы со стороны желудочно-кишечного тракта были единственным проявлением инфекции.

Цель исследования. Определить частоту поражения желудочно-кишечного тракта у детей с COVID-19. Провести обзор современных научных публикаций, посвященных изучению патогенеза поражения желудочно-кишечного тракта у детей при инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Объект исследования:

- 1) 120 детей, получавших амбулаторное лечение на базе ГБУЗ КК ПК ГДП № 1 г. Петропавловск-Камчатский;
- 2) Публикации в системах PubMed, elibrary. Использованы следующие поисковые термины: «COVID-19», «SARS-CoV-2», «pathogenesis», «gastrointestinal symptoms».

Методы. Статистический анализ полученных результатов.

Результаты. Проведено наблюдение детей с COVID-19 на амбулаторном этапе в Камчатском крае в период роста заболеваемости с 20 января по 1 мая 2022. В качестве наблюдаемых выбрано 120 детей с легким течением COVID-19, которые получали лечение на дому. Было замечено, что из

120 детей с подтвержденным лабораторно диагнозом (новая коронавирусная инфекция, вирус идентифицирован), изолированные кишечные проявления без признаков поражения респираторного тракта имели лишь 8 детей, что соответствует 6,61%. Сочетанные проявления со стороны желудочно-кишечного тракта и верхних дыхательных путей — 12 детей (10 %). Тяжелое течение с выраженной интоксикацией, дыхательной недостаточностью, потребовавшее госпитализации, — 1 ребенок до 1 года (0,8%). Остальные наблюдаемые дети имели клинические проявления только со стороны дыхательной системы легкой степени тяжести, в том числе бессимптомное течение (82,5%). В литературе частота поражения ЖКТ при COVID-19 как у детей, так и у взрослых составляет около 3–8%, в единичных источниках от 2 до 40%.

В ходе обзора современных публикаций выяснилось, что в основе патогенеза поражения желудочно-кишечного тракта коронавирусом SARS-CoV-2 лежит сродство к рецепторам ACE2 (ангиотензин-превращающего фермента 2). ACE2 экспрессируются не только в клетках респираторного эпителия, но и в эпителиальных клетках пищевода, тонкой и толстой кишки. Также в литературе описано воздействия вируса на механизмы нейрорегуляции кишечника, приводящие к нарушению моторной активности, что приводит к развитию диареи. В единичных публикациях имеются указания на изменения качественного и количественного состава микробиоты толстой кишки при инфицировании COVID-19.

Выводы. Частота поражения желудочно-кишечного тракта у детей с COVID-19 в ходе исследования составила 6–10%, что не противоречит данным, которые освещены в современной литературе. Патогенез поражения желудочно-кишечного тракта вирусом COVID-19 до конца не изучен, но на сегодняшний день достоверно выявлены рецепторные механизмы поражения эпителия ЖКТ вирусом, которые требуют углубленного изучения.

ГЕТЕРОТОПИЯ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ЖЕЛУДКА В ПИЩЕВОДЕ С СИМПТОМАМИ ЛАРИНГОФАРИНГЕАЛЬНОГО РЕФЛЮКСА, АССОЦИИРОВАННАЯ С КАРЦИНОМОЙ ГОРТАНИ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Хихлова Алина Олеговна^{1,2}

Научный руководитель: д.м.н., доцент Олевская Елена Рафаиловна

¹ Южно-Уральский государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной хирургии. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64

² Челябинская областная клиническая больница. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 70. E-mail: alina_hihlova@mail.ru

Ключевые слова: гетеротопия; шейный отдел пищевода; карцинома гортани.

Введение. Гетеротопия слизистой оболочки желудка (СОЖ) в пищеводе характеризуется наличием участков желудочного эпителия различной формы и размеров. Встречается во всех отделах пищевода, но наиболее частой ее локализацией является шейный отдел пищевода, обозначается термином «inlet patch» (англ. — пятно на входе).

Клиническое значение гетеротопии СОЖ в пищеводе на протяжении многих лет остается предметом дискуссий. В большинстве случаев для гетеротопии СОЖ в пищеводе характерно бессимптомное течение. Однако способность желудочного эпителия гетеротопии продуцировать слизь и кислоту может индуцировать симптомы ларингофарингеального рефлюкса. Описаны случаи эрозивно-язвенных поражений в участках гетеротопии, фиброза, очагов ангиодисплазии, развития трахеопищеводных свищей, кровотечения, стриктур, дивертикулов [1].

На сегодняшний день в отсутствие методических рекомендаций по ведению пациентов с гетеротопией СОЖ в пищеводе не существует стандартизованного подхода к лечению. Многие авторы сообщают, что бессимптомная желудочная гетеротопия пищевода не нуждается в лечении. При появлении симптомов ларингофарингеального рефлюкса оправданным является назначение ингибиторов протонной помпы, антагонистов H_2 -рецепторов, антацидов. Однако эффект от консервативной терапии часто нестойкий [2]. Эндоскопические методы лечения, направленные на эрадикацию очагов гетеротопии СОЖ в пищеводе, могут быть приоритетными [3].

Цель. Продемонстрировать клинический случай длительной изжоги у пациентки с карциномой гортани и гетеротопии СОЖ в пищеводе.

Клинический случай. Пациентка 44 лет обратилась по рекомендации оториноларинголога на прием к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу, осиплость голоса. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит с 2017 года, несколько месяцев спустя присоединилась осиплость голоса до постепенной

его потери. Неоднократно консультирована оториноларингологом, рекомендовано лечение у гастроэнтеролога. На протяжении длительного времени для купирования изжоги принимала ингибиторы протонной помпы. При терапии данными препаратами отмечала периодическое восстановление голоса. В октябре 2021 года в очередной раз обратилась на прием к оториноларингологу с жалобами на осиплость голоса, охриплость. Выставлен хронический ларингит. Не курит. Направлена к гастроэнтерологу и проведение эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС).

На ЭГДС (Fujinon ELUXEO7000) при осмотре гортани заподозрено образование среднего отдела гортани. В пищеводе на всем протяжении, исключая шейный отдел, визуализированы округлые плоские очаги гетеротопии слизистой оболочки желудка диаметром от 0,1 до 0,4 см, лососевой окраски, с четкими контурами, бархатистой поверхностью. В средней трети пищевода по левой стенке определялся аналогичный очаг гетеротопии наибольшего размера, до 1,5×1 см с приподнятой поверхностью, окруженный линейными эрозиями до 1×0,2 см с эпителизирующейся поверхностью. При осмотре слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки не выявлено изменений.

Накануне осмотра пациентка исключила прием ингибиторов протонной помпы в течение 10 дней. В условиях седации выполнен детальный осмотр очагов желудочной гетеротопии, при осмотре в узкоспектральном режиме с увеличением (BLI, ZOOM) определен ямочный рисунок, соответствующий кардинальному и фундальному типу желудочного эпителия, при окраске очагов 0,2% раствором конго красного выявлено окрашивание поверхности очагов гетеротопии в черный цвет. Выполнена биопсия, по результатам гистологического исследования: фрагмент соответствует структуре слизистой оболочки желудка, содержит желудочные ямки и железы смешанного типа со слизепродуцирующими, главными, париетальными (50%) клет-

ками. В собственной пластинке диффузная слабая лимфоплазмноклеточная инфильтрация.

По результатам 24-часовой рН-импедансометрии данных за наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни не выявлено.

С учетом выявленного образования гортани пациентке выполнена бронхоскопия (OlympusBF-P180), детализировано наличие плоскоприподнятого неровного образования на истинных голосовых складках белесой окраски, с очагами депрессии. Выполнена биопсия, по результатам гистологического исследования — интраэпителиальная плоскоклеточная карцинома.

В условиях онкологического диспансера пациентке выполнена эндоларингеальная резекция среднего отдела гортани.

Результаты. Известно, что эпителий слизистой оболочки гортаноглотки наиболее чувствителен к рефлюксу кислого и некислого желудочно-кишечного содержимого. Хронический рефлюкс, как правило, ведет к воспалительным изменениям слизистой оболочки гортаноглотки, а также способствует индукции онкогенных факторов, приводящих к развитию карциномы гортани [4]. В исследовании Sean M. Parsel и соавт. продемонстрирована достоверная ассоциация ларингофарингеального рефлюкса и развития злокачественных новообразований гортани без дополнительных факторов риска — курения и злоупотребления алкоголем [5].

Имеющаяся ассоциация у пациентки, обусловленная, вероятно, наличием гетеротопии слизистой оболочки желудка в пищеводе, подразумевает принятие дальнейшей тактики, направленной на лечение ларингофарингеального рефлюкса как профилактики рецидива карциномы гортани.

Различные авторы сообщают о малой эффективности консервативной терапии при гетеротопии слизистой оболочки желудка в пищеводе [2]. На сегодняшний день эффективным и безопасным методом в лечении желудочной гетеротопии в пищеводе признана радиочастотная абляция (РЧА) [3].

В январе 2022 года пациентке выполнена эндоскопическая РЧА очагов желудочной гетеротопии в пищеводе с помощью Barrx™ 90 RFAFocalCatheter. На фоне проведенного лечения отметила купирование симптомов.

Заключение. В совокупности с радикальными методами лечения карциномы гортани значимой является терапия ларингофарингеального рефлюкса в случае их ассоциации. При наличии гетеротопии СОЖ в пищеводе как вероятного источника ларингофарингеального рефлюкса оправданным является выполнение эндоскопической РЧА, направленной на эрадикацию очагов и профилактику рецидива злокачественного образования гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Долгушина А.И., Хихлова А.О., Олевская Е.Р., Науменко О.В. Гетеротопия слизистой оболочки желудка в проксимальном отделе пищевода: исторический ракурс и современный взгляд. РМЖ. 2021. Т. 29. № 6. С. 87–92.
2. Chong V.H. Clinical significance of heterotopic gastric mucosal patch of the proximal esophagus. World J Gastroenterol. 2013;19(3):331–338. DOI: 10.3748/wjg.v19.i3.331.
3. Dunn J.M., Sui G., Anggiansah A., Wong T. Radiofrequency ablation of symptomatic cervical inlet patch using a through-the-scope device: a pilot study. GastrointestEndosc. 2016 Dec;84(6):1022-1026.e2. DOI: 10.1016/j.gie.2016.06.037.
4. Sasaki C.T, Vageli D.P. miR-21, miR-155, miR-192, and miR-375 deregulations related to NF-kappaB activation in gastroduodenal fluid-induced early preneoplastic lesions of laryngeal mucosa in vivo. Neoplasia 2016;18:329–338.
5. Parsel S.M., Wu E.L., Riley C.A., McCoul E.D. Gastroesophageal and Laryngopharyngeal Reflux Associated With Laryngeal Malignancy: A Systematic Review and Meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2019 Jun;17(7):1253-1264.e5.

СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ РЕБЕНКА С СИНДРОМОМ КОРОТКОЙ КИШКИ

Бесова Дарья Александровна, Садыкова Аиша Гайтаранкызы

Научные руководители: к.м.н., доцент Мишкина Татьяна Владимировна, Волкова Наталья Леонидовна, д.м.н., профессор Ревнова Мария Олеговна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра педиатрии им. академика А.Ф. Тура. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: dariabesova09@gmail.com

Ключевые слова: синдром короткой кишки; мальабсорбция; парентеральное питание; дети; тедулглютид.

Введение. Синдром короткой кишки (СКК) — это патологический симптомокомплекс, проявляющийся признаками мальабсорбции, мальдигестии и мальнутриции, обусловленный уменьшением всасывательной поверхности тонкой кишки в результате ее обширной резекции или врожденного дефекта кишечника. Частота СКК составляет около 0,02–0,1% всех новорожденных и 0,5–2% среди новорожденных в отделениях интенсивной терапии. Основными причинами развития СКК у детей являются гастрошизис, некротический энтероколит, атрезия тонкой кишки и заворот кишки. В связи с хронической мальабсорбцией и необходимостью длительного парентерального питания, дети с СКК склонны к широкому спектру осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы, других органов и систем, а также катетер-ассоциированных осложнений. Наиболее частым и потенциально летальным осложнением у детей, зависимых от парентерального питания, является ассоциированная с кишечной недостаточностью болезнь печени (IFALD) и сепсис. Основой лечения больных с СКК является проведение грамотной нутритивной поддержки и фармакотерапии. Пациентам старше 1 года со стабильным состоянием кишечной адаптации после хирургической операции, зависимых от парентерального питания, рекомендована терапия аналогом глюкагоноподобного пептида 2 препаратом Тедулглютид. Прогноз у детей с СКК зависит от протяженности и места резекции, наличия патологии остаточной кишки (НЭК, перитонит, болезнь Крона), сопутствующей патологии печени и поджелудочной железы, наличия системной воспалительной реакции и полиорганной недостаточности.

Цель исследования: анализ течения и тактики лечения синдрома короткой кишки у ребенка в раннем и позднем послеоперационном периодах.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни пациента с диагнозом «синдром короткой кишки» после хирургических вмешательств по поводу множественной атрезии тонкой кишки, в период с 2021 по 2023 годы, находившегося с момента рождения на стационар-

ном лечении в ПЦ ОПН и ДГВ по месту жительства и в гастроэнтерологическом отделении клиники СПбГПМУ.

Результаты. Пациент С., от 4-й беременности, протекавшей на фоне COVID-19 в I триместре, от 3-х родов на 34-й неделе, масса тела при рождении 2300 г, длина тела 46 см. При УЗ-скрининге плода выявлен порок развития ЖКТ, атрезия двенадцатиперстной кишки ниже фатерова соска. На 5-е сутки жизни по месту жительства в г. Сыктывкар проведена резекция тощей и подвздошной кишки, наложен Т-образный еюно-еюноанастомоз, иссечена мембрана тощей кишки, выведена концевая еюностома, илео-илеоанастомозы «конец в конец». Послеоперационный диагноз: множественная атрезия тонкой кишки. Ребенок получал полное парентеральное питание, с ранним началом трофического питания (11-е сутки после операции) смесью Альфаре и грудным молоком. Учитывая большие патологические потери по дренажу из стомы (335 мл/сут), отсутствие самостоятельного стула, признаки частичной низкой кишечной непроходимости в виде дисфункции межкишечного анастомоза, на 41-е сутки жизни выполнена ре-лапаротомия, ревизия органов брюшной полости (адгезиолизис, энтеростомия). На 2-е сутки после операции начато энтеральное кормление в тощую кишку со скоростью 1 мл/ч с расширением объема до 7 мл/ч, самостоятельный стул до 15–20 мл/кг в сутки. Через месяц после ре-лапаротомии выполнено плановое закрытие энтеростомы, восстановление непрерывности ЖКТ, наложен еюно-еюноанастомоз. На 3-и сутки получен самостоятельный стул. Проводилось медленное расширение энтерального питания с адаптацией к большему объему. После восстановления непрерывности ЖКТ за 1 месяц прибавил в весе 400 г (вес 4328 г), кратность стула не более 4–6 в сутки, кашицеобразный, желтый. Ребенок был снят с частичного парентерального питания спустя 4,5 мес от начала. Энтеральную нагрузку по физиологической потребности усваивал хорошо, рвот и срыгиваний не было, введен прикорм рисовой кашей, добавлена высококалорийная смесь с высоким содержанием СТЦ. Ребенок

был выписан в возрасте 5 месяцев 24 дня, с весом 4825 г. Поступил на гастроэнтерологическое отделение клиники СПбГПМУ в возрасте 9 мес, с весом 6 кг (дефицит 22%), рост — 67 см (–2,3 сигмы), задержкой психомоторного развития (не сидит, встает на четвереньки). Лабораторно при поступлении лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$ без сдвига лейкоцитарной формулы, умеренно повышены трансаминазы крови (АЛТ 136 ед/л, АСТ 75 ед/л). Копрограмма без грубых признаков переваривания и всасывания. Энтерально переведен на аминокислотную смесь в связи с признаками пищевой аллергии (сенсibilизация к яичному белку) и необходимостью дотации СЦТ. С целью коррекции трофологического статуса было начато частичное парентеральное питание глюкозо-солевыми растворами, смесью Аминовен инфант 10%, СМОФЛипид 20%. Для осуществления парентерального питания был установлен PICC-line. Получал ферментозаместительную терапию в связи с выявленной экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, препарат витамина D, масляный раствор витамина E 10%, препарат УДХК для профилактики развития желчекаменной болезни, сорбенты. На фоне проводимой терапии без ухудшения состояния, параклиническая активность отсутствовала, печеночные трансаминазы, общий билирубин в пределах нормы. Проведен консилиум, врачебная комиссия: ребенок требует комплексного подхода в терапии, в том числе продолжения частичного парентерального питания. После достижения возраста 1 года показано начало терапии Тедуглутидом для восстановления и нормального роста кишечника за счет увеличения высоты ворсинок и глубины крипт, с целью достижения независимости от парентерального питания. К моменту выписки вес 6950 г (+950 г за месяц), стул полуоформленный, 2–3 раза в сутки, энтеральный объем расширен до 1 литра в сутки, улучшение психомоторного развития (начал сидеть, попытки вставать с помощью). В период дальнейшего наблюдения ежемесячные прибавки составляли око-

ло 170–200 г в месяц. С 1 года по жизненным показаниям ребенку была начата терапия препаратом Гэттивест (Тедуглутид), продолжено частичное парентеральное питание по 10 дней каждого месяца. В возрасте 1 год 3 мес по месту жительства убран PICC-line в связи с его инфицированием. При контрольной госпитализации в феврале 2023 года в возрасте 1 год 7 мес ребенок находится на полном энтеральном питании, стул до 2 раз в сутки, оформленный, психомоторное развитие соответствует возрасту, прибавляет в весе и росте: вес 9 кг (дефицит 10%), рост 76 см (–1,4 со). Энтеральное питание расширено до 1360 мл/сут (около 700 ккал/сут). Получает аминокислотную смесь, рисовую безмолочную кашу, пюре картофельное на воде, гречневую безмолочную кашу, мясо кролика/индейки. Продолжает терапию витамином D, витамином E, УДХК и ферментами курсами, Гэттивест (Тедуглутид) ежедневно, длительно.

Заключение. Синдром короткой кишки — это редкое, инвалидизирующее хроническое заболевание, степень проявления которого зависит от первичного диагноза, объема оперативного лечения, адаптивной способности кишечника и своевременного поэтапного лечения. Дети с синдромом короткой кишки — это пациенты мультидисциплинарной команды, которые требуют персонализированного подхода в каждом случае. Целью терапии является достижение энтеральной автономии, а также сведение к минимуму потенциально летальных осложнений, поражающих как ЖКТ, так и другие системы органов. Данный клинический случай отражает важность своевременного принятия решений командой специалистов. У ребенка с первичным неблагоприятным диагнозом «множественная атрезия тонкой кишки» за счет грамотной нутритивной поддержки, раннего начала энтерального питания и поддерживающей медикаментозной терапии удалось улучшить состояние, отказаться от парентерального питания и не допустить развития серьезных осложнений.

ДЕРМАТОЛОГИЯ

ЛИМФОМАТОИДНЫЙ ПАПУЛЕЗ И ПОЛИМОРФНЫЙ ДЕРМАЛЬНЫЙ ВАСКУЛИТ. СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ. РАЗБОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Лямина Екатерина Антоновна¹, Козлова Дарья Васильевна²

Научный руководитель: д.м.н., профессор Заславский Денис Владимирович

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический университет. Кафедра дерматовенерологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

² Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова. Кафедра дерматовенерологии.
197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2
E-mail: katerina_lyamina00@mail.ru dashauchenaya@Yandex.ru

Ключевые слова: дермальный васкулит; лимфоматоидный папулез; дифференциальная диагностика; биопсия.

Введение. Лимфоматоидный папулез относится к редким типам неходжкинских лимфом, составляющих от 0,9 до 9% от всех кожных лимфом, и диагностика этого заболевания бывает крайне затруднительна, так как клинически заболевание чаще всего проявляется как дерматиты воспалительной природы: экзема, псориаз, васкулит.

Цель исследования. Описать клинический случай лимфоматоидного папулеза у ребенка.

Материалы и методы. Пациент С. 10 лет поступил в кожно-венерологическое отделение СПбГПМУ с жалобами на язвенные образования на нижних конечностях. Поражение кожи носило распространенный характер, в медиальной области правого бедра определялась язва 4х5см с корочкой в центре, обработанная фукорцином. На голених, тыльной поверхности правой стопы, левого плеча, правом и левом предплечьях — узелки багрового цвета с фиолетовым оттенком. В области предплечья при пальпации узла отмечалась местная гипертермия. На передней брюшной стенке уплотнение с фиолетовым оттенком. Отмечалась также отечность и увеличение в объеме правой стопы.

При поступлении у ребенка насчитали 12 узловых образований, через 10 дней количество узлов увеличилось до 43. В общем анализе крови все показатели находились в пределах референсных значений, в биохимическом исследовании крови отмечалось повышение альфа-1 глобулинов до 4,02 г/л (N 2,40–3,20 г/л). В коагулограмме АПТВ 39,2 с (N 25,1–36,5 с), D-димер 841 нг/мл (N 0–500 нг/мл), протромбиновое время 14,2 с (N 10,2–13,3), МНО 1,24 (N 0,90–1,10). В посеве гноя патогенной флоры не обнаружено.

Пациент был консультирован заведующим кафедрой дерматовенерологии СПбГПМУ профессором Горлановым И.А. и профессором Заславским Д.В.,

был поставлен предварительный диагноз — дермальный васкулит, папулонекротический тип.

На базе ФГБОУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова» было выполнено гистологическое исследование. Выполнена МСКТ органов грудной клетки с внутривенным болюсным контрастированием, МСКТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства (почки) с внутривенным болюсным контрастированием — КТ-признаков очаговых и инфильтративных изменений не выявлено.

Результаты. Заключение прижизненного патологоанатомического исследования биопсийного материала: морфологические изменения наиболее характерны для лимфоматоидного папулеза типа Е. В клинике пациент получал терапию Преднизолоном в дозе 1 мг/кг, наружно мазь Бетадин 21 день с положительным эффектом — новых элементов нет, мелкие узлы рассасываются, крупные уменьшились в размерах, язвы заживают, некротическое содержимое отторглось.

Заключение. В данном клиническом случае отражены трудности диагностики и особенности течения лимфоматоидного папулеза. Дермальный васкулит и лимфоматоидный папулез — схожие по клиническому течению заболевания, поэтому биопсия кожи является «золотым стандартом» для дифференциальной диагностики, тип воспалительного инфильтрата является ключевым выводом для идентификации заболевания и его формы. Кроме того, лимфоматоидный папулез может быть лишь первым признаком развития опухолевого процесса в организме, поэтому необходим индивидуальный подход, онкологическая настороженность к каждому пациенту, комплексное обследование, лечение и пожизненное динамическое наблюдение этого заболевания.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА МИШЕРА У МАЛЬЧИКА 15 ЛЕТ. СИНДРОМ МЕЛЬКЕРССОНА–РОЗЕНТАЛЯ?

Буниатова Камилла Азеровна

Научные руководители: д.м.н., проф. Кузнецова Алла Александровна, к.м.н., доцент Петрова Светлана Ивановна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра факультетской педиатрии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: kamila992@mail.ru

Ключевые слова: *орофациальный отек; макрохейлит; складчатость языка; синдром Мишера.*

Введение. Синдром Мишера — это хроническое гранулематозное воспаление губ, сопровождающееся диффузным безболезненным отеком. Может протекать в виде моносимптоматической формы или входить в триаду Мелькерссона–Розенталя (СМР). СМР — редкий хронический рецидивирующий дерматоз, который характеризуется триадой симптомов: макрохейлитом, нейропатией лицевого нерва и складчатостью языка.

Мультисистемное поражение, отсутствие четких клинических и лабораторных критериев для диагностики данной патологии затрудняют раннюю диагностику заболевания. В литературе описаны единичные случаи заболевания в детском возрасте.

Цель исследования. Представить клинический случай синдрома Мишера у пациента 15 лет.

Материалы и методы. Мальчик 15 лет с отягощенным наследственным анамнезом (атопия по материнской линии) госпитализирован на отделение аллергопульмонологии с жалобами на повторные эпизоды, которые проявлялись отеком губ, глаз, першением в горле в течение 1,5 лет. Четкой причины развития этих симптомов родители не отмечают. Диагноз направления: «Наследственный ангионевротический отек».

Результаты обследования. При поступлении единственным клиническим проявлением был орофациальный отек. При осмотре ротовой полости складчатость и отечность языка отсутствовали. По данным лабораторно-инструментальных обследований: IgE 120–320 МЕ/мл (норма 0–110 МЕ/мл), сенсибилизация к антигенам домашней пыли (+), УЗИ мягких тканей лица и губ — признаки диффузных изменений подкожной клетчатки лица и дермы на коже лица, в области верхней губы утолщение мягких тканей с явлениями фиброза, четкая дифференцировка на слои; нижней губы — явления фиброза с жидкостными прослойками. По данным МРТ го-

ловного мозга и орбит неврологической патологии, признаков пареза лицевого нерва не выявлено.

В круг диагностического поиска входили: ангионевротический отек (НАО) 1, 2-го типов (по результатам исследования уровень ингибитора С1 нормальный — 1,25 ЕД/мл). Нормальные значения активности ингибитора С1 — эстеразы компонента исключают диагноз классической формы наследственного ангионевротического отека. НАО 3-го типа исключен при проведении молекулярно-генетического исследования, аутоиммунные заболевания, болезнь Крона (антител к антинуклеарным антигенам не обнаружено), саркоидоз.

Учитывая клинику-анамнестические данные, а также результаты лабораторных и инструментальных методов исследований, поставлен диагноз «Гранулематозный хейлит Мишера». Течение синдрома неосложненное.

За время наблюдения ребенок получал глюкокортикостероиды, антигистаминные препараты, сорбенты, монтелукаст, транексамовую кислоту и тиосульфат натрия без эффекта. В текущую госпитализацию ребенок получал терапию свежезамороженной плазмой, бетаметазон 7 мг/мл с незначительным положительным эффектом.

Пациенту рекомендована терапия преднизолоном 45 мг/сутки на 3 месяца и дальнейшее наблюдение.

Выводы. Синдром Мишера является редким заболеванием, которое проявляется орофациальным отеком, но может быть дебютом СМР, с развитием классической триады: орофациальный отек, складчатость языка и паралич лицевого нерва.

Возможны олиго/моносимптомные формы, поэтому требуется наблюдение больного в динамике. Тщательное междисциплинарное обследование специалистами разного профиля имеют огромное значение для качественного ведения пациента.

ИММУНОЛОГИЯ

ПЕРВИЧНЫЙ ИММУНОДЕФИЦИТ. АГАММАГЛОБУЛИНЕМИЯ С ДЕФИЦИТОМ В-КЛЕТОК. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Билялетдинова Мария Алексеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры детских болезней имени профессора Воронцова ФП и ДПО
Клюхина Юлия Борисовна, врач-педиатр 2ПО СПбГПМУ Соломатина Наталия Михайловна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: mariabashkova@gmail.com

Ключевые слова: первичный иммунодефицит; агаммаглобулинемия; лечение; диагностика; осложнения.

Введение. Агаммаглобулинемия — это заболевание, относящееся к группе первичных иммунодефицитов с нарушением продукции антител, характеризующееся существенным снижением или практически полным отсутствием В-клеток. При отсутствии патогенетического лечения формируются тяжелые бактериальные и вирусные поражения различных органов и тканей, что может послужить причиной грубых нарушений всех систем организма, вплоть до летального исхода.

Цель исследования. Представить клиническое течение первичного иммунодефицита, агаммаглобулинемии с дефицитом В-клеток у ребенка 5 лет 8 мес.

Материалы и методы. Изучены анамнез болезни, клиническая картина и результаты обследования в клинике СПбГПМУ мальчика 5 лет 8 мес.

Результаты. До трех лет ребенок рос и развивался без особенностей, вакцинирован по возрасту, в анамнезе отмечалось длительное заживление ран. Неоднократно перенес пневмонию (более 6 раз), ОРИ часто, стоматиты. В возрасте четырех лет перенес ОРИ (ретроспективно — корь), с последующим поражением нервной системы. Отмечались гиперкинезы, левосторонний гемипарез, токсико-гипоксическая энцефалопатия. В возрасте пяти лет появились первые эпилептические припадки. Неоднократно госпитализирован в стационар для обследования и лечения.

Была выполнена проточная цитометрия, выявлено резкое снижение В-лимфоцитов. Однако рекомендованное проведение определения уровня иммуноглобулинов А, М, G не проводилось.

Поступил в клинику СПбГПМУ через 2 года от первых проявлений заболевания с жалобами на грубую задержку ПМР, лихорадку, судороги. С момента поступления проводился диагностический поиск для верификации диагноза. Выполнена повторная проточная цитометрия — выявлено отсут-

ствие В-лимфоцитов, относительный Т-лимфоцитоз. По данным иммунограммы — следовые значения уровня иммуноглобулинов А, М, G, в связи с чем заподозрен диагноз: Первичный иммунодефицит (Болезнь Брутона?).

В связи с выраженными неврологическими проявлениями продолжен дифференциальный поиск причины нарушений со стороны нервной системы.

По данным МРТ ГМ отмечалось: МР-признаки диффузного поражения кортикально-субкортикальных отделов больших полушарий головного мозга и мозжечка, базальных ядер, зрительных бу-гров с признаками диффузного атрофического процесса. Также периодически у ребенка отмечаются эпизоды повышения температуры тела, сопровождающиеся судорогами, дистоническими атаками, требующими проведения реабилитационных мероприятий.

По результатам скрининга методом ТМС на сухих пятнах крови и исследованием органических кислот мочи, сыворотки крови на очень длинноцепочечные жирные кислоты — в норме. Уровни активности печеночных ферментов в норме.

Выполнено исследование ликвора на криптококки (микроскопия, посев) и галактоманнан — не обнаружены. ПЦР (спинномозговая жидкость) — выявлены ЦМВ, ВЭБ, простой герпес 1, 2-го типов, герпес 6-го типа. Моча (ПЦР) — выявлены ЦМВ, ВЭБ, простой герпес 1, 2-го типов, герпес 6-го типа. ИЛ-6, интерферон гамма — в пределах референсных значений.

Ребенок остается диагностически неясным, выполнено полное экзомное секвенирование. Определение интратекального синтеза IgG к антигенам CMV, EBV, HSV-1,2, RUB — не обнаружены. Определение интратекального синтеза IgG к антигенам кори — положительные, определение IgG индекса в ликворе (1,42), определение IgG индекса Кори в сыворотке (4,35).

На основании клинико-анамнестических данных о дебюте и характере течения заболевания (неуклонно прогрессирующие психоневрологические нарушения), результатов нейровизуализационных исследований и выявления интратекального синтеза противокоревых АТ наиболее вероятно наличие у ребенка подострого склерозирующего панэнцефалита на фоне первичного иммунодефицита с агаммаглобулинемией и дефицитом В-клеток.

В период госпитализации ребенок получил курс антибактериальной, противогрибковой, заместительной (ВВИГ) терапии. Рассмотрена возможность применения в терапии инозина пранобекса, однако, учитывая сроки, характер заболевания и иммунологических нарушений у ребенка эффективность его применения крайне сомнительна, исчерпаны

возможности этиопатогенетического лечения заболеваний. Реабилитационный потенциал отсутствует. Ребенку присвоен паллиативный статус. Целесообразно лечение в условиях хосписа.

Заключение. Несвоевременная диагностика и отсутствие своевременной заместительной терапии донорскими иммуноглобулинами вызвало необратимые изменения в органах и системах из-за хронического течения инфекционного процесса. Несмотря на повторяющиеся в анамнезе ОРВИ, пневмонии, грибковую инфекцию, резкое снижение В-лимфоцитов по данным проточной цитометрии, агаммаглобулинемия была заподозрена практически к 6 годам. Исходом стали инвалидизация пациента и отсутствие реабилитационного потенциала.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

ОРВИ В УСЛОВИЯХ СМЕШАННОЙ ЦИРКУЛЯЦИИ ВОЗБУДИТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ

Шаповалова Ольга Владиславовна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Эсауленко Елена Владимировна, к.м.н., доцент Басина Валентина Владимировна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней
взрослых и эпидемиологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: shapovalovarr@mail.ru

Ключевые слова: *группы; COVID-19; ОРВИ; микст-инфекции.*

Введение. Проблема острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) не теряет актуальности в связи с частотой распространения, тяжестью течения заболеваний, возможностью неблагоприятных исходов [1–4]. Заболеваемость ОРВИ в 2021 г. составила 26 252,14 на 100 000 чел. по РФ (40 688,41 в Санкт-Петербурге (СПб)) [5–8].

Цель исследования. Изучить этиологическую структуру и клинко-лабораторное течение ОРВИ у детей в 2023 г. и взрослых в период с 2020 по 2021 гг. в СПб.

Материалы и методы. В исследование включено 157 взрослых пациентов с диагнозом ОРВИ и 77 детей. Диагноз подтверждался с помощью ПЦР и реакции ИФА. Средний возраст составил $44,9 \pm 18,67$ года для взрослых и $6,5 \pm 4$ года для детей. Пациенты разделены на группы: 1-я группа — с поражением верхних дыхательных путей, 2-я группа — с пневмонией, а также группа от 18 до 44 лет и группа старше 45 лет. Для сравнения групп применен непараметрический критерий — тест Манна–Уитни, различия считали достоверными при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты. За период с апреля 2020 г. по декабрь 2021 г. в СПб ГБУЗ «КИБ им. С.П. Боткина» проходили лечение 157 взрослых пациентов с ОРВИ, из которых 54,1% неverified ОРВИ и в 45,9% с уточненным этиологическим диагнозом. Чаще всего выявлялась РС-вирусная инфекция у 18,5% пациентов, далее парагрипп у 16,5% (7,7% — 1-го типа, 53,8% — 2-го типа, 38,5% — 3-го типа), риновирусная инфекция — у 5,7% и грипп А — у 5,1%. Микст-инфекция наблюдалась в 4,5% случаев: COVID-19 + парагрипп у 42,8% ($n=3$), парагрипп 2-го типа + парагрипп 3-го типа у 42,8% ($n=3$), парагрипп + РС-вирусная инфекция у 14,4% ($n=1$). Наиболее тяжелое течение формировалось при парагриппе — 1,9%, реже при РС-вирусной инфекции — 1,3%. Осложнения РС-вирусной инфекции — менингизм 23,8%, острый синусит — 14,3%, при риновирусной инфекции — катаральный риносинусит 14,3%, при

неverified ОРВИ — менингизм 28,6%. В 7,1% случаев ОРВИ болели беременные женщины на разных сроках гестации (от 25 до 40 недель), среди которых не наблюдалось развитие тяжелого течения заболевания. 82% случаев ОРВИ протекали с повышением температуры тела, средние максимальные значения которой составили $38,9 \pm 1,2$ °C. При этом в группе пациентов от 45 лет и старше (Me 4 (Q1/Q3: 2/7)) длительность лихорадки в 1,3 раза выше, чем среди пациентов с 18 до 44 лет (Me 3 (Q1/Q3: 2/5)) ($p=0,043$). Основные катаральные проявления при РС-инфекции в виде острого фарингита (58,6%), парагриппе — острого ларингита (46,2%), риновирусной инфекции — острого ринита (43,4%), гриппе — острого трахеита (37,8%). Поражение нижних дыхательных путей наблюдалось в 39,4%, при РС-инфекции — в 16,7%, при парагриппе — в 21,4%, риновирусе — в 7,1%, гриппе — в 9,5%, при неуточненной ОРВИ — в 45,2%. Рентгенологически диагноз пневмония подтверждался в 67% случаев на 3–5-й день болезни, а 33% на 7–10-е сутки. В среднем пациенты госпитализированы на $4,3 \pm 1,7$ суток заболевания. Не выявлена связь между поздним обращением за медицинской помощью и тяжестью заболевания ($p \geq 0,05$). Длительность госпитализации пациентов с поражением нижних дыхательных путей (в среднем $21,6 \pm 4,3$ дня) в 1,7 раза превышала длительность госпитализации пациентов с поражением верхних дыхательных путей (в среднем $12,7 \pm 3,4$ дня) ($p \leq 0,05$). При анализе лабораторных данных выявлено преобладание концентрации СРБ в группе пациентов от 45 лет и старше ($46,5 \pm 10,67$) в сравнении с пациентами с 18 до 44 лет ($10,1 \pm 1,87$) ($p=0,0002$). В группе детей ($n=77$), средний возраст которых составил $6,5 \pm 4$ года, чаще всего выявлялся COVID-19–22%, ОРВИ с неуточненной этиологией — 17%, грипп А — 13%, грипп В — 9%, аденовирус и риновирус — по 5%, метапневмовирус — 3%. Микст-инфекция наблюдалась в 18% случаев: грипп В + COVID-19–8%, РС-вирус + ветряная оспа — 3%, грипп А + грипп В +

+ COVID-19—1%, COVID-19 + ветряная оспа — 1%, COVID-19 + бокавирусная инфекция — 1%, грипп А + коклюш — 1%, ротавирусная инфекция + ветряная оспа — 1%, COVID-19 + аденовирус — 1%, грипп А + COVID-19—1%. Ведущим синдромом у детей был фарингит 56%, на втором месте бронхит 16%, далее ринит 14%, пневмония развивалась в 6%, трахеит 4% и ларингит 1%. У всех пациентов детского возраста ОРВИ протекала в среднетяжелой форме. Осложненное течение наблюдалось в 4,1% случаев, в виде патологии ЛОР-органов: синусит, отит.

Заключение. В структуре ОРВИ у взрослых чаще всего встречались РС-вирусная инфекция и парагрипп. Тяжелое течение формировалось при парагриппе, реже при РС-вирусной инфекции. Микст-инфекции и ОРВИ у беременных протекали в неосложненной среднетяжелой форме. В 39,4% случаев причиной госпитализации пациентов с ОРВИ стало развитие внебольничных пневмоний, и в этой же группе наблюдалось позднее поступление в стационар. Развитие пневмоний становилось одним из главных факторов увеличения длительности пребывания в стационаре. Длительность лихорадки и выраженность воспалительной реакции организма была выше у пациентов от 45 лет и старше. В структуре ОРВИ у детей чаще всего встречались COVID-19, ОРВИ с неуточненной этиологией и микст-инфекции, протекающие в среднетяжелой форме.

ЛИТЕРАТУРА

1. Чуланов В.П. и др. Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) у взрослых. 2021.
2. Статья Р. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2016 году: Государственный доклад (Извлечения) // Эпидемиология и Вакцинопрофилактика. 2017. Т. 16. № 4. С. 8–8.
3. Малышев Н.А. и др. Рекомендации по диагностике и лечению гриппа у взрослых больных (с моделями пациентов) // Современная медицина. 2015. № 5. С. 2.
4. Ющук Н.Д., Венгеров Ю.Я. Инфекционные болезни: национальное руководство. 2019.
5. Викулов Г.Х. Новые и возвращающиеся респираторные вирусные инфекции: алгоритмы диагностики и терапии // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2018. Т. 2. № 8–1. С. 5–11.
6. Никифоров В.В. и др. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): клинико-эпидемиологические аспекты // Архив внутренней медицины. 2020. Т. 10. № 2 (52). С. 87–93.
7. Денисова А.Р., Максимов М.Л. Острые респираторные вирусные инфекции: этиология, диагностика, современный взгляд на лечение // Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. 2018. Т. 2. № 1–2. С. 99–103.
8. Чучалин А.Г. и др. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых // Consilium medicum. 2015. Т. 17. № 3. С. 8–37.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА НА ФОНЕ ГЕМОФИЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ У РЕБЕНКА 8 ЛЕТ

Алехина Александра Дмитриевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Павлова Наталья Валерьевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: Alexandra-Aleh@yandex.ru

Ключевые слова: *Haemophilus influenzae type b (Hib)*; гемофильная инфекция (ГИ); мультисистемный воспалительный синдром (МВС); вакцинация.

Введение. Особенностью гемофильной палочки является высокая частота бессимптомного носительства, но в ряде случаев развиваются инвазивные формы ГИ, характеризующиеся тяжелым течением. Внедрение массовой вакцинации против *Hib* значительно снизило риск возникновения генерализованных форм.

Цель исследования. Рассмотреть клинический случай МВС у ребенка 8 лет, возникшего на фоне гемофильного эпиглоттита.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской карты стационарного больного, находившегося на лечении в клинике СПбГПМУ.

Результаты. Мальчик, 8 лет, поступил в инфекционное отделение на 3-и сутки заболевания с жалобами на боль в горле, повышение температуры тела до 40 °С. Объективно при осмотре: состояние тяжелое, вынужденное положение головы. В ротоглотке яркая разлитая гиперемия, визуализируется увеличенный в размерах отечный надгортанник. ЧД 60 в минуту, в легких дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, выслушиваются единичные сухие хрипы. На рентгенограмме шеи в боковой проекции — увеличенный надгортанник, ниже прослеживается просвет дыхательных путей. Осмотрен ЛОР-врачом, поставлен диагноз: острый отечный эпиглоттит, в связи с тяжелым состоянием и риском обструкции верхних дыхательных путей переведен в ОРИТ. При лабораторном обследовании: в крови признаки воспалительной активности, в мазке из носоглотки методом посева выделена *Haemophilus influenzae*. Ребенок от ГИ не привит. В ОРИТ получал антибактериальную, гормональную, инфузионную терапию с положительной динамикой и на 4-е сутки госпитализации переведен в ЛОР-отделение для дальнейшего лечения. Но на 6-е сутки госпитализации появились жалобы на боль в животе, тошноту. При осмотре педиатра обращали на себя внимание одышка, болезненность при пальпации живота в околопупочной и левой подвздошной областях. В ходе комплексного инструментального обследования обнаружены двусторонний гидроторакс, асцит, гидроперикард. Из-за дыхательной недостаточности на фоне двустороннего гидроторакса и риска нарушения гемодинамики мальчик вновь переведен в ОРИТ. На 7-е сутки госпитализации выполнена

плевральная пункция, получено 500 мл серозного выпота справа, 40 мл геморрагического выпота слева, при перикардиоцентезе получено 350 мл желтого содержимого с фибрином. В клиническом анализе крови — выраженный лейкоцитоз, нейтрофилез, в биохимическом анализе — значительное нарастание СРБ, в коагулограмме — признаки гиперкоагуляции, посевы крови, плевральной и перикардиальной жидкости стерильны. Было предположено, что тяжесть состояния обусловлена системной воспалительной реакцией, представляющей собой сочетание инфекционного и неинфекционного (аутоиммунного, аутовоспалительного) компонентов. В ОРИТ провел 15 суток, получал антибактериальную, гормональную, антикоагулянтную и биологическую терапию. В стабильном состоянии с положительной динамикой на 20-е сутки госпитализации ребенок переведен в кардиоревматологическое отделение, где продолжена антибактериальная, гормональная и симптоматическая терапия. Ребенок выписан на 43-и сутки госпитализации с выздоровлением. Диагноз основной: мультисистемный воспалительный синдром неясной этиологии. Осложнения: перикардит, экссудативно-фибринозный. Гидроторакс двусторонний. Асцит. Сопутствующий: Острый эпиглоттит гемофильной этиологии.

Выводы. Высокоэффективным мероприятием для снижения риска развития тяжелых форм ГИ является вакцинация. В настоящее время используются конъюгированные вакцины. Помимо этого, ведутся работы по созданию вакцин против других капсульных штаммов и нетипируемых палочек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Garai P. et al. Adherence of Nontypeable *Haemophilus influenzae* to Cells and Substrates of the Airway Is Differentially Regulated by Individual ModA Phase Variations // *Microbiology Spectrum*. 2023. Т. 11. № 1. P. e04093–22.
2. Россина А.Л. и др. Сепсис, вызванный *Haemophilus influenzae* // *Детские инфекции*. 2018. Т. 17. № 2. С. 58–65. <https://doi.org/10.22627/2072-8107-2018-17-2-58-65>.
3. Khatuntseva E.A., Nifantiev N.E. Glycoconjugate vaccines for prevention of *Haemophilus influenzae* type b diseases // *Russian Journal of Bioorganic Chemistry*. 2021. Т. 47. P. 26–52.

ТЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 НА ФОНЕ АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИИ У ПОДРОСТКА

Нажуева Танзила Висхановна

Научный руководитель: ассистент Назарова Анна Николаевна, к.м.н., доцент Каплина Татьяна Анатольевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: tanzila.nazhuyeva@bk.ru

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция (НКИ); COVID-19; апластическая анемия; подросток.

Введение. Актуальной является проблема негладкого течения COVID-19 и летальных исходов у детей с тяжелой коморбидной патологией [1–3]. Среди всех зарегистрированных случаев новой коронавирусной инфекции в РФ на долю детей приходится до 12%, из них тяжелые формы отмечаются, как правило, у пациентов с сопутствующими заболеваниями [2].

Цель исследования. Выявить особенности течения COVID-19 у подростка с апластической анемией (АА).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской истории болезни стационарного больного 16 лет с диагнозом: новая коронавирусная инфекция COVID-19, вирус идентифицирован, осложненная острой двусторонней полисегментарной пневмонией, КТ-2, ДН-1. Сопутствующий: Апластическая анемия. Пациент находился в отделении COVID-19 ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ в 2022 г.

Результаты. Ребенок с 13 лет наблюдается гематологом по поводу АА, неоднократно получал гемотрансфузии. Перенесенные заболевания: ОРИ, пневмония, ВЭБ мононуклеоз (2021), ветряная оспа. Из анамнеза болезни известно: обследован в связи с плановой госпитализацией в ДГБ № 1, ПЦР на SARS-CoV-2 (+) от 26.01.22. Через два дня жалобы на боль в горле, температуру до 38,0 °С. В последующие 3 дня отмечался сухой кашель, заложенность носа, подъем температуры до 39,0 °С, нарастание интоксикации. В связи с ухудшением состояния 01.02 ребенок госпитализирован в ДГКБ № 5, где в течение 7 дней лихорадил до фебрильных цифр (40,0 °С), отмечалось учащение кашля в динамике. На КТ ОГК двусторонняя полисегментарная вирусная пневмония, КТ-2. Лабораторно в крови: анемия, HGB (63 г/л), RBC ($2,09 \times 10^{12}$ /л), HCT (18,8%), тромбоцитопения PLT (43×10^9 /л), лейкопения ($1,5 \times 10^9$ /л), NE (п/я — 10%, с/я — 48%), СОЭ — 50 мм/ч, повышен уровень АЛТ (235 МЕ/л), АСТ (142 МЕ/л), креатинина (114 мкмоль/л). В связи с ухудшением состояния и лабораторных показателей: нарастание анемии HGB (57 г/л), RBC ($1,5 \times 10^{12}$ /л), тромбоцитопении PLT (41×10^9 /л), лейкопении WBC ($0,8 \times 10^9$ /л),

сдвига формулы влево (п/я — 29%, с/я — 32%, СОЭ (76 мм/ч), СРБ (18,9 мг/л), фибриногена (9 г/л), D-димера (474 нг/мл), ребенок переведен в СПбГПМУ. При поступлении состояние тяжелое. Жалобы на слабость, кашель, одышку при ходьбе. Температура тела 38,9 °С. Кожные покровы бледные, с серым оттенком, сыпи нет. Лимфатические узлы не увеличены. Носовое дыхание затруднено, скудное слизистое отделяемое. В ротоглотке умеренная гиперемия, налетов на миндалинах нет. Дыхание жесткое. Хрипы единичные крепитирующие, ЧДД — 20 в мин., SaO_2 — 95%. При нагрузке ЧДД — 28 в мин., SaO_2 — 94%. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС в покое — 124 в мин., при нагрузке — 160 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1,5 см. Стул оформлен. Диурез не нарушен. На 3-и сутки появились геморрагические элементы на кистях рук, температура снизилась к 10-му дню болезни, сохранялась выраженная слабость, кашель. Получал комплексную терапию: противовирусную, антибактериальную, антимикотическую, стимуляцию Г-КСФ, глюкокортикоидную, гемотрансфузии № 10, патогенетическую и симптоматическую с положительной клинико-лабораторной динамикой. Лабораторно в крови: повышение уровня HGB (95 г/л), RBC ($2,68 \times 10^{12}$ /л), снижение уровня D-димера (1265–439 нг/мл), фибриногена (2,8 г/л), ЛДГ (77 ед/л), ГГТП (112 ед/л), ферритина (с 16591 до 3113 мкг/л), СРБ (с 278 до 25,10 мг/л), ПТИ (76%), сохранялась гипопроотеинемия (45,0 г/л), гипоальбуминемия (26 г/л). Выписан с выздоровлением от новой коронавирусной инфекции.

Выводы. У подростка с тяжелой формой апластической анемии COVID-19 протекал негладко с высокой фебрильной лихорадкой в течение 10 дней, поражением легких (КТ-2), нарастанием панцитопении и геморрагического синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов Д.О., Петренко Ю.В., Насыров Р.А. и др. Клинический случай COVID-19 у ребенка с апластической анемией. Ж. инфектологии. 2022; 14(1):145–151. <https://doi.org/10.22625/2072-6732-2022-14-1-145-151>.

2. Чернова Т.М., Павлова Е.Б., Тимченко В.Н. и др. Клинико-эпидемиологическая характеристика и эффективность противовирусной терапии COVID-19 у детей: опыт первого года пандемии. *Acta biomedica scientifica*. 2021; 6(6-2): 18-28. doi: 10.29413/ ABS.2021-6.6-2.3.
3. Иванов Д.О., Кондратьев Г.В., Мельников М.Е. и др. Клинический случай длительного персистирования SARS-CoV-2 у младенца с врожденным острым миелоидным лейкозом. *Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГО)*. 2022;9(3):99-106. <https://doi.org/10.21682/2311-1267-2022-9-3-99-106>.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ БРУЦЕЛЛЕЗА У РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 9 ЛЕТ

Антонова Анастасия Александровна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Павлова Наталья Валерьевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: prokudina_anastasiya@inbox.ru

Ключевые слова: бруцеллез; лихорадка; анемия; антибактериальная терапия.

Введение. С января по декабрь 2021 года в России было зарегистрировано 248 случаев бруцеллеза, в том числе 21 случай среди детей до 17 лет. Эндемичными районами остаются два федеральных округа Российской Федерации: Северо-Кавказский (Республика Дагестан, Ставропольский край, Чеченская Республика) и Южный (Республика Калмыкия, Краснодарский край, Астраханская область, Волгоградская область). Для бруцеллеза характерно хроническое рецидивирующее течение с поражением различных органов и систем.

Цель исследования. Представить клиническую картину и оценить лабораторные показатели у ребенка 9 лет, больного бруцеллезом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ медицинской карты стационарного больного, находившегося на лечении в инфекционном отделении клиники ФГБОУ ВО СПбГПМУ МЗ РФ в 2022 году.

Результаты. Из анамнеза известно, что ребенок 9 лет с отягощенным преморбидным фоном (наблюдается неврологом, кардиологом, эндокринологом) проживает в Южном регионе, употреблял в пищу козье молоко. Настоящее заболевание протекало в течение 2 месяцев — отмечалась ежедневная лихорадка (37,6–39 °С), периодическая головная боль, снижение аппетита, потеря веса, боль в коленных суставах. В анализах крови: лейкопения (до $2,4 \times 10^9$), лимфоцитоз (70%), анемия (Hb до 86 г/л), тромбоцитопения (до 66×10^9). Ребенок получал антибактериальную терапию (Пенициллины, Цефтриаксон, Клаксид), противовирусную терапию (Ацикловир), на фоне проводимого лечения положительной динамики не наблюдалось. Проведена телемедицинская консультация, рекомендована госпитализация на инфекционное отделение клиники СПбГПМУ. При поступлении (67-й день болезни) состояние расценено как среднетяжелое за счет синдрома интоксикации, синдрома лихорадки. Лабораторно: тромбоцитопения (157×10^9), лимфоцитоз (59%), ускорение СОЭ до 17 мм/ч, повышение СРБ до 54 мг/л. Назначена симптоматическая терапия. За время нахождения в стационаре сохраняется ежедневное повышение температуры тела

(37,6–38,6 °С), снижение аппетита, периодическая головная боль, гепатоспленомегалия, боль в правом коленном суставе. При контроле: гипохромная анемия (Hb 97 г/л), лимфоцитоз (65%), нарастающая тромбоцитопения (до 58×10^9). На 86-й день болезни в посеве крови обнаружена *Brucella spp.*, поставлен диагноз: Бруцеллез, острая среднетяжелая форма (подтвержден серологически: IgM положительно, IgG отрицательно). С учетом клинических рекомендаций назначена схема антибактериальной терапии курсом 45 дней (Доксициллин+Гентамицин 7 дней, далее — Доксициллин+Рифампицин). На 5-е сутки этиотропного лечения (92-й день болезни) — температура тела в пределах нормы, мальчик стал активнее, улучшился аппетит, головная боль не беспокоит, боль в суставах не отмечается. Ребенок выписан на 14-й день антибактериальной терапии (101-й день болезни) с клиническим улучшением, положительной динамикой лабораторных показателей (повышение уровня лейкоцитов до $5,3 \times 10^9$, гемоглобина до 116 г/л, снижение СРБ до нормы) для продолжения лечения по месту жительства.

Выводы. При дифференциальной диагностике инфекционных заболеваний необходимо учитывать данные эпидемиологического анамнеза (проживание на эндемичных территориях, образ жизни, наличие контакта с инфекционными больными/животными). Ранняя диагностика и своевременное лечение бруцеллеза играют важную роль для благоприятного прогноза течения заболевания (выздоровление, отсутствие перехода в хроническую форму).

ЛИТЕРАТУРА

1. Пономаренко Д.Г. и др. Бруцеллез: тенденции развития ситуации в мире и прогноз на 2022 г. в Российской Федерации // Проблемы особо опасных инфекций. 2022. № 2. С. 36–45.
2. Онищенко Г.Г. и др. Бруцеллез. Современное состояние проблемы. 2019.
3. Кузнецова И.В. и др. Изучение генетического разнообразия штаммов бруцелл, выделенных в Северо-Кавказском федеральном округе // Проблемы особо опасных инфекций. 2017. № 3. С. 58–62.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ ИНФЕКЦИИ НОРОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ НА ФОНЕ ДИСФУНКЦИИ КЛАПАНА ВЕНТРИКУЛОПЕРИТОНЕАЛЬНОГО ШУНТА

Лукиянова Ирина Олеговна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Субботина Мария Дмитриевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: for1irina@yandex.ru

Ключевые слова: кишечная инфекция; норовирусная инфекция; вентрикулоперитонеальный шунт.

Введение. В структуре диарей острые кишечные инфекции вирусной этиологии занимают первое место [1]. Схожесть синдромокомплексов острых кишечных инфекций (ОКИ) и хирургических патологий, в том числе редких состояний и последующих осложнений [2, 3], часто вызывают затруднения при дифференциации и окончательной верификации диагноза.

Цель исследования. Представить случай норовирусной инфекции на фоне несостоятельности клапанной помпы у ребенка с вентрикулоперитонеальным шунтом.

Материалы и методы. Анализ медицинских карт стационарного и амбулаторного больного.

Результаты. Пациент П.А., 15 лет, поступил на поздних сроках заболевания с жалобами на повторную рвоту, боль в животе, жидкий обильный водянистый стул. Ребенок от второй беременности (первая — выкидыш на 6-й неделе), 1 срочных родов. Беременность протекала на фоне парциальной височной эпилепсии, мать получала тегретол 400 мг/сут. Угроза прерывания в 20–21 нед., преэклампсия легкой степени. Многоводие. Лихорадка в родах. УЗИ плода — без патологии. Апгар 7/8 баллов, вес 4000 г, длина 54 см, ОГ 36 см, ОГр 36 см. Закричал сразу. Выявлена *Spina bifida*. Ликвореи нет. В возрасте 5 часов жизни доставлен в ДГБ № 1, где находился 47 дней (с 5.11.2007 г. по 21.12.2007 г.). 26.11.2007 г. проведено удаление *Spina bifida*, мобилизация спинного мозга, герметизация спинальных оболоченных пространств, пластика дефекта дужек поясничных позвонков мышечно-фасциальным лоскутом. В дальнейшем отмечалось прогрессирование гидроцефалии. Назначен диакарб, аспаркам. 10.12.2007 г. проведено вентрикулоперитонеальное шунтирование справа. Имплантирована дренажная система, установлено среднее давление. Длина абдоминального катетера в брюшной полости 60 см. 26.01.2008 г. и 09.02.2008 г. проведена НСГ, отмечена отрицательная динамика. Прогрессирование гидроцефалии. Показана госпитализация. 18.02.2008 г. ревизия ВПШ, замена вентрикулярного катетера (обструкция сосудистым

сплетением). 03.02.2016 г. госпитализация в клинику СПбГПМУ отделение детской урологии. Диагноз: Нейрогенный мочевого пузыря. Недостаточность уретрального сфинктера. Тотальное недержание мочи. С 24.04.2017 г. по 12.05.2017 г. госпитализация в отделение медицинской реабилитации ДГБ № 19 им. К.А. Раухфуса, ортопед-травматолог: *Spina bifida*, состояние после оперативного лечения. Нейросегментарный уровень L₃–L₄. Подвывих бедер с двух сторон, вальгусно отведенная деформация стоп, состояние после оперативного лечения. Нарушение координации, снижение объема движений в голеностопных суставах, анестезия дистальных отделов нижних конечностей. 20.02.2020 г. Центр SPINA BIFIDA консультативное заключение: Последствие *Spina bifida* пояснично-крестцового отдела позвоночника (миеломенингодикулоцеле). Синдром Киари II. Шунтозависимая гидроцефалия. Синдром фиксированного спинного мозга. Нижний вялый парапарез. Нейросегментарный уровень L₃–L₄. Двигательный уровень 3. 20.02.2020 г. консультация офтальмолога: Сходящееся содружественное косоглазие правого глаза, сложный прямой гиперметропический астигматизм, ангиопатия сетчаток обоих глаз. 21.10.2022 г. консультация хирурга-проктолога: нейрогенная дисфункция прямой кишки и ее сфинктеров. 31.01.2022 г. обращение к нейрохирургу по поводу частых головных болей в течение недели. Выполнена УС головного мозга: картина нарастания вентрикуломегалии. 27.01.2023 г. субфебрильная лихорадка, головная боль, жидкий стул. Проведена нейросоноскопия. Заключение: УС-картина увеличения в размерах желудочков мозга. Вероятнее всего причина — нарушение настройки клапана шунта. Перенастроен с 400 мм вод.ст. до 150–230 мм вод.ст. 31.01.2023 г. — госпитализация в ДИБ 3. При поступлении у пациента отмечается обильный жидкий стул, боль в животе, повторная рвота. Данных за хирургическую патологию нет. Объективно: состояние средней степени тяжести. Тяжесть обусловлена дегидратацией (3 балла по шкале CDS). Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, без инфекционной сыпи. Ви-

димые слизистые оболочки чистые, влажные. Зев умеренно гиперемирован, гипертрофия миндалин 1 ст., налетов нет. Носовое дыхание свободное. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, проводится равномерно, хрипов нет. Живот мягкий безболезненный, доступен глубокой пальпации. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена. В гемограмме лейкоцитоз: $17,4 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом. В биохимическом анализе крови: без отклонений. В ОАМ: лейкоцитурия 10–15 кл в п/зр. Посев кала на ДТПГ — отрицательно. Соскоб на энтеробиоз — отрицательно. Кoproграмма — признаки нарушения переваривания и всасывания. ИФА кала на ротавирус — АГ не обнаружен, на норовирус — АГ обнаружен. На отделении ребенок получал: диетотерапия, пероральная регидратация, смекта, бифидумбактерин. Выписан с клиническим улучшением на 5-й день.

Выводы. Схожесть начальных проявлений ОКИ и дисфункции клапана ВПШ определяет необходимость совместного лечения инфекциониста и нейрохирурга. Дальнейшее совершенствование методов дифференциальной диагностики при подозрении на острую кишечную инфекцию у пациентов с ВПШ позволит на ранних этапах верифицировать диагноз.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тимченко В.Н. и др. Острые кишечные инфекции в практике педиатра и семейного врача. 2011.
2. Абдыкеримов С.А., Кочкунов Д.С. Шунтирование врожденной гидроцефалии у детей // Бюллетень науки и практики. 2019. Т. 5. № 2. С. 103–108.
3. Хачатрян В.А., Орлов Ю.А., Ким А.В. Осложнения клапанных ликворошунтирующих операций // СПб.: Изд-во РНХИ им. проф. А.Л. Поленова. 2013. С. 438.

ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А. ВОЗВРАЩАЮЩАЯСЯ ПРОБЛЕМА?

Мирзова Алла Умарбиевна, Грешнякова Вера Александровна,
Ефремова Наталья Александровна, Никифорова Александра Олеговна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Горячева Лариса Георгиевна

Детский научно-клинический центр инфекционных болезней федерального медико-биологического агентства.
197022, Санкт-Петербург, ул. Профессора Попова, д. 9. E-mail: niidi@niidi.ru

Ключевые слова: вирусный гепатит А; клиника; исход; профилактика.

Введение. Гепатит А (ГА) остается одной из актуальных проблем мирового здравоохранения. Несмотря на то что в последние 30 лет наблюдается неуклонное снижение его заболеваемости, особенно в Российской Федерации (со 171,0 до 2,95 случая на 100 тыс. населения), в последнее десятилетие отмечались многочисленные эпидемические вспышки ГА в странах, где ранее он регистрировался редко. Так, в 15 странах Западной Европы выявлялись очаги от десятка до нескольких сотен случаев ГА, особенно среди беженцев, в группах сексуальных меньшинств (MSM) [1]. В США с 2016 по 2022 гг. в 33 штатах было зарегистрировано более 32 тыс. случаев ГА, из которых 324 завершили летальным исходом [2]. Появились новые данные о возрастном дрейфе ГА и его течении. Чаще и тяжелее начали болеть взрослые, что обусловлено высокой коморбидностью с другими заболеваниями [3]. Вместе с тем многие исследователи указывают и на рост необычно тяжелых случаев среди детей [4].

Цель исследования. Выявление клинико-эпидемиологических особенностей течения ГА и его исходов у детей Санкт-Петербурга в период 2018–2022 гг.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-анамнестических, эпидемиологических, биохимических, вирусологических и инструментальных данных 78 детей, госпитализированных в ДНКЦИБ в период с 2018 по 2020 г. с диагнозом ГА.

Результаты. В Санкт-Петербурге, как и в большинстве регионов РФ, регистрировалось снижение заболеваемости ГА, в том числе и у детей, особенно в период пандемии COVID-19 (2019–2020 гг. до 2,29–1,43 на 100 тыс. населения). В возрастной структуре больных ГА преобладали пациенты старше 18 лет, а доля детей составляла всего 19,0–9,7%. Однако в последние два года вновь наметилась отчетливая тенденция к росту больных детского возраста. Так, в 2021–2022 гг. они составили 21,6 и 32,7%. Анализ источников инфицирования показал, что большинство детей инфицировались в семьях (36 чел. — 46,2%) и реже в детских учреждениях (9 чел. — 11,5%), но у 33 больных (42,3%) источник инфицирования не был установлен. Одна-

ко среди заболевших треть детей (26 чел. — 33,3%) в инкубационный период находились в южных регионах (Таджикистан, Турция, Узбекистан, Крым), что позволяет считать эти случаи завозными. Дети школьного возраста составили более половины — 57,7% (45 чел.), младшего, до 3 лет — 20,5% (16 чел.), причем среди них 2 детей были в возрасте до 1 года (все семейный контакт). Сезонности в выявлении заболевания ГА в период 2018–2022 гг. нами не отмечено. По-прежнему в стационар поступали дети с манифестными, в большинстве с желтушными формами заболевания — 71,8% (56 чел.), безжелтушный ГА составил 23,1% (18 чел.). И только 4 детей (5,1%), выявленные по контакту и госпитализированные по эпидемическим показаниям, были с бессимптомной иннапантной формой болезни. По степени тяжести все больные ГА распределились соответственно: легкой степени — 16 чел. (20,5%), средней степени — 60 чел. (76,9%), тяжелой степени — 2 чел. (2,6%). То есть, как и в предыдущие годы, преобладали больные со средней степенью тяжести болезни, а больные с тяжелой степенью не превышали 3%. Однако мы впервые столкнулись с проявлениями асцита при ГА, который выявлялся у 2 больных с тяжелой формой, а также у 1 больного со средней формой тяжести (показатели билирубина ниже 100 мкмоль/л, а АЛТ не превышали 10 норм). Все 78 случаев ГА завершились выздоровлением, однако у 4 детей (5,1%), переносящих желтушную цитолитическую форму с холестатическим компонентом, болезнь имела затяжное течение (более 3 мес.), осложнившееся у 2 из 4 развитием аплазии (2- и 3-ростковой) кроветворения, потребовавшей лечения в гематологическом стационаре. Все они были старше 11 лет.

Выводы. Таким образом, снижение показателей заболеваемости ГА создает ложное представление об эпидемиологическом благополучии. Особенностью его течения является тенденция к росту заболеваемости в Санкт-Петербурге, особенно среди школьников, без снижения риска развития тяжелых и осложненных форм болезни. Полученные нами данные подтверждают необходимость включения в Национальный календарь профилак-

тических прививок плановую иммунизацию детей против ГА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Zucman D. et al. How to face the outbreak of viral hepatitis A in men who have sex with men in France without vaccines? // *Clinical Infectious Diseases*. 2017. Т. 65. № 6. С. 1053–1054.
2. Nelson N.P. et al. Prevention of hepatitis A virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices, 2020 // *MMWR Recommendations and Reports*. 2020. Т. 69. № 5. С. 1.
3. Михайлов М.И., Кюреган К.К. Современная стратегия контроля вирусного гепатита А в Российской Федерации // *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*. 2021. № 2. С. 190–197.
4. Алишеров А.Ш. и др. Клиническая и эпидемиологическая характеристика гепатита А у детей, осложнившихся асцитом // *Здравоохранение Кыргызстана*. 2021. № 4. С. 105–110.

ГЕНЕЗ ДЫХАТЕЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИЕЙ ПРИ COVID-19

Позднякова Татьяна Дмитриевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Исаков Владимир Анатольевич

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: p.t.d.25.01.97@mail.ru

Ключевые слова: одышка; ХОБЛ; хроническая обструктивная болезнь легких; COVID-19.

Введение. Наиболее значимой причиной одышки и дыхательной недостаточности, связанной с SARS-CoV-2 инфекцией, по мнению большинства исследователей, является острый респираторный дистресс-синдром. Вместе с тем природа дыхательных нарушений при COVID-19 представляется весьма разнородной, зависящей не только от особенностей течения, осложнений и стадии инфекционного процесса, но и от наличия сопутствующих заболеваний. Так, течение SARS-CoV-2, осложненное эпизодами тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА), закономерно влечет развитие одышки, обусловленной легочной гипертензией. В числе других возможных причин дыхательных нарушений в литературе упоминается развитие трахеобронхиальной дискинезии и пролапса мембранозной части трахеи, а также психогенных расстройств дыхательной функции, в генезе которых нельзя исключить роль нейротропных эффектов SARS-CoV-2, требующих дальнейшего изучения [1, 4, 9]. Недостаточно изученными оказываются и взаимоотношения COVID-19 с хронической бронхолегочной патологией. Хотя провоцирующая роль вирусных агентов в развитии обострений хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) и бронхиальной астмы общеизвестна, в отношении COVID-19 многие авторы не обнаруживают подобной связи, а, напротив, связывают курение и заболевание ХОБЛ с меньшей восприимчивостью к инфекции SARS-CoV-2 [2, 3, 5–8].

Цель исследования. Продемонстрировать значимость инфекции COVID-19 в развитии дыхательных нарушений у коморбидных пациентов при обострениях хронических бронхолегочных заболеваний.

Материалы и методы. Проанализировано 26 медицинских карт стационарных больных, госпитализированных в 2021 году во 2-е пульмонологическое отделение СПб ГБУЗ «Городская больница № 26» в связи с внезапным усилением (появлением) одышки, иногда сопровождавшейся кашлем и снижением сатурации, в отсутствие значимой лихорадки и при отрицательных результатах полимеразной цепной реакции (ПЦР-теста) на COVID-19. Обследование проводилось по показаниям и помимо

рутинных лабораторных исследований включало обзорную рентгенографию и компьютерную томографию органов грудной клетки, спирометрию, электрокардиографию, ПЦР-тест на COVID-19.

Результаты. При поступлении у 17 пациентов нарастание одышки было истолковано врачами как симптом обострения хронической бронхолегочной патологии — хронического бронхита, ХОБЛ, бронхиальной астмы; в 4 случаях дополнительно высказывались предположения о наличии пневмонии, новообразований, саркоидоза, туберкулезного процесса в легких. В 9 случаях у коморбидных больных одышка увязывалась преимущественно с внелегочными причинами — сердечной недостаточностью, анемией, ТЭЛА, аллергической реакцией. ПЦР-тест, проведенный в период пребывания в стационаре, оказался положительным в 6 случаях. Показателен пример пациента К. 44 лет, поступившего в состоянии средней степени тяжести с жалобами на одышку с затрудненным выдохом, кашель, слабость, появление впервые в жизни отеков нижних конечностей. В анамнезе — 30-летний стаж курения, хронический бронхит, гипертоническая болезнь. В связи с хорошим самочувствием к врачам не обращался, COVID-19 не переносил, не вакцинировался. При объективном осмотре определялась отечность стоп и голеней, над всей поверхностью легких выслушивалось большое количество сухих свистящих хрипов. Сатурация при дыхании атмосферным воздухом — 98%. Артериальное давление — 160/100 мм рт.ст. Лихорадки не отмечалось. В клиническом анализе крови выявлен нейтрофильный лейкоцитоз $11,1 \times 10^9/\text{л}$. Результаты спирометрии показали тяжелые обструктивные нарушения бронхиальной проходимости. Начато лечение бета₂-адреномиметиками и м-холинолитиками длительного действия (спиолтореспимат), ингибиторами ангиотензин-превращающего фермента, мочегонными, на фоне которого отмечена положительная динамика в виде уменьшения одышки и отеков. Установлен диагноз: ХОБЛ, бронхитический фенотип, среднетяжелое течение. По данным компьютерной томографии обнаружено типичное для вирусной пневмонии поражение легких по типу матового стекла I степени, что явилось

основанием для назначения повторного ПЦР-теста, оказавшегося положительным. Пациент переведен в инфекционный стационар.

Выводы. У больных ХОБЛ инфекция COVID-19 в ряде случаев может послужить причиной обострения и спровоцировать нарастание бронхообструктивного синдрома до тяжелой степени, требующего госпитализации. Тяжелая степень бронхообструктивных нарушений может сочетаться с незначительным по объему поражением легочной ткани и иметь тенденцию к обратному развитию под влиянием комбинированной бронхолитической терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вютрих Е.В., Свиридо Д.А., Позднякова Т.Д. Особенности ведения пациентов с одышкой после перенесенного COVID-19. *University Therapeutic Journal: Сборник материалов российской научно-практической конференции «COVID-19: итоги и перспективы»*. 2022; 4(5): 13–14.
2. Дзеранова Н.Я., Исаков В.А., Сизов А.В. Хроническая обструктивная болезнь легких. Учебное пособие. СПб.: Изд. СПб ГПМУ; 2018.
3. Калиниченко У.Ю., Шварц В.Д. Коронавирусная инфекция COVID-19 и бронхиальная астма. *Forcipe: Материалы всероссийского научного форума студентов с международным участием «Студенческая наука — 2021»*. 2021; 4(S1): 833–834.
4. Щербак С.Г. ред., Анисенкова А.Ю., Бузник Г.В., Вологжанин Д.А., Голота А.С., Зеленина А.М., Игнатова Т.С., Кадин С.В., Камилова Т.А., Коваленко С.А., Лебедева С.В., Лисовец Д.Г., Макаренко С.В., Миночкин А.К., Могилянцев Т.О., Мосенко С.В., Ракул С.А., Сарана А.М., Тюкавина Н.В., Усикова Е.В., Хильчук А.А. COVID-19: Обзоры литературы по ключевым аспектам. СПб.: Охта; 2022.
5. Avdeev S., Moiseev S., Brovko M., Yavorovskiy A., Umbetova K., Akulkina L., Tsareva N., Merzhoeva Z., Gainitdinova V., Fomin V. Low prevalence of bronchial asthma and chronic obstructive lung disease among intensive care unit patients with COVID-19. *Allergy*. 2020; 75(10): 2703–2704. doi: 10.1111/all.14420.
6. Diaz M.A., Catalan-Caceres N., Beauperthuy T.C., Domingo C., Ibañez E., Morata C., De Diego A. Clinical Features and Outcomes Associated with Bronchial Asthma Among COVID-19 Hospitalized Patients. *J Asthma Allergy*. 2022; 15: 775–781. doi: 10.2147/JAA.S354082.
7. Green I., Merzon E., Vinker S., Golan-Cohen A., Magen E. COVID-19 Susceptibility in Bronchial Asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021; 9(2): 684–692. doi: 10.1016/j.jaip.2020.11.020.
8. Hojo M., Terada-Hirashima J., Sugiyama H. COVID-19 and bronchial asthma: current perspectives. *Glob Health Med*. 2021; 3(2): 67–72. doi: 10.35772/ghm.2020.01117.
9. Willi S., Lüthold R., Hunt A., Hänggi N.V., Sejdiu D., Scaff C., Bender N., Staub K., Schlagenhauf P. COVID-19 sequelae in adults aged less than 50 years: A systematic review. *Travel Med Infect Dis*. 2021; 40: 101995. doi: 10.1016/j.tmaid.2021.101995.

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ВЫЗВАННЫХ ПОЛИРЕЗИСТЕНТНЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ, У ПАЦИЕНТОВ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА

Маслова Наталья Анатольевна², Альшаник Любава Павловна¹

Научные руководители: д.б.н., профессор Афиногенова Анна Геннадьевна, д.м.н., профессор Бакулина Наталья Валерьевна

¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Пастера. 197101, Санкт-Петербург, ул. Мира, д. 14

² Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41
E-mail: maslovanatal@ya.ru

Ключевые слова: полирезистентные микроорганизмы; инфекции; отделение реанимации; диагностика; лечение.

Введение. Известно, что инфекции возникают у 5–15% госпитализированных пациентов; в отделениях интенсивной терапии — у 9–37% больных с индексом летальности 12–80%. «Проблемными» являются микроорганизмы, которые широко распространены в окружающей среде, устойчивы ко многим внешним факторам и быстро приобретают резистентность к антибактериальным препаратам. Серьезные жизнеугрожающие инфекции могут быть вызваны представителями группы резистентных микроорганизмов ESKAPE, среди которых особое место занимают неферментирующие грамотрицательные бактерии. Однако ощутимый вклад в развитие гнойно-септических осложнений вносят также внебольничные полирезистентные микроорганизмы.

Цель. Продемонстрировать опыт диагностики и лечения инфекций, вызванных полирезистентными микроорганизмами, у пациентов в ОАРИТ многопрофильного детского стационара.

Методы и методы. Материал от пациентов, определение чувствительности к антибактериальным препаратам проводили классическими бактериологическими методами и на бактериологическом анализаторе Microscan AutoScan-4. В 2019 году в ОАРИТ СПб ГБУЗ ДГБ № 2 госпитализировано два пациента с тяжелыми двусторонними пневмониями. Оба пациента поступили путем перевода из других лечебно-профилактических учреждений. У одного пациента этиологическим фактором тяжелой нозокомиальной пневмонии явилась *Pseudomonas aeruginosa*, устойчивая к антисинегнойным цефалоспорином, фторхинолонам. На фоне терапии меропенемом в сочетании с амикацином удалось добиться выздоровления от нозокомиальной пневмонии. У второго пациента диагностирована острая внебольничная двусторонняя тяжелая пневмония, осложнившаяся двусторонним плевритом, дыхательной недостаточностью III степени. Этиологи-

ческим фактором явилась *Haemophilus influenzae*, устойчивая к цефалоспорином, карбапенемам, аминогликозидам, чувствительная к фторхинолонам. На фоне терапии меропенемом в сочетании с ципрофлоксацином (решением врачебной комиссии, с согласия законного представителя), удалось добиться выздоровления от внебольничной пневмонии. В 2020 году в ОАРИТ СПб ГБУЗ ДГБ № 2 у пациентки с нозокомиальной тяжелой пневмонией, плевритом в посеве отделяемого из плевральной полости определялся рост *Escherichia coli* (ESBL). На фоне терапии меропенемом — выздоровление от пневмонии. У второго пациента с нозокомиальной пневмонией этиологическими факторами явились *Klebsiella oxytoca*, чувствительная к карбапенемам, полимиксину; *Stenotrophomonas maltophilia*, чувствительная к ко-тримоксазолу. На фоне терапии меропенемом с ко-тримоксазолом — выздоровление от пневмонии. У третьего пациента с множественными пороками развития, нозокомиальной пневмонией, плевритом в посеве отделяемого из плевральной полости определяли рост MSSA, *Klebsiella mobilis* (ESBL). Проводили антибактериальную терапию меропенемом. На 25-й день нахождения в стационаре пациент скончался. В 2021 году в ОАРИТ СПб ГБУЗ ДГБ № 2 находилось четверо пациентов с тяжелыми нозокомиальными пневмониями, двое из которых были с сочетанными травмами, один — с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) по геморрагическому типу, внутрижелудочковым кровоизлиянием, субарахноидальным кровоизлиянием; один с множественными пороками развития. У одного пациента в посевах промывных вод бронхов определялся рост полирезистентного *Acinetobacter baumannii*, *S. maltophilia*. На фоне терапии полимиксином, левофлоксацином (решением врачебной комиссии, с согласия законного представителя), ко-тримоксазолом — выздоровление от нозокомиальной пневмонии. У второго пациента

этиологическим фактором нозокомиальной двусторонней пневмонии явились полирезистентный *A. baumannii* (чувствительный к полимиксину), продуценты карбапенемаз *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*. На фоне терапии полимиксином в сочетании с ципрофлоксацином (решением врачебной комиссии, с согласия законного представителя) удалось добиться выздоровления от нозокомиальной пневмонии. У третьего пациента — пациента с ОНМК — в крови определяли рост полирезистентного *A. baumannii* (чувствительного к полимиксину), проводили терапию меропенемом в сочетании с полимиксином. На 37-й день нахождения в стационаре пациентка скончалась. У четвертого пациента — пациента с множественными пороками развития — в посевах мокроты, отделяемого из зева и носа определяли рост полирезистентных *A. baumannii* (чувствительного к полимиксину), *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae* (ESBL), в посевах мочи — рост *Enterococcus faecium*. Проводили курсы антибактериальной терапии (це-

фоперазон/сульбактам, меропенем, полимиксин, ванкомицин), состояние с положительной динамикой. На 81-е сутки от поступления в стационар пациент переведен в хоспис.

Выводы. В 2021 году отмечено увеличение выявления изолятов полирезистентных нозокомиальных микроорганизмов по сравнению с 2020 и 2019 годами. Значимым является выделение полирезистентного *A. baumannii*, продуцентов карбапенемаз *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*. Лечение инфекций, вызванных полирезистентной микрофлорой, является длительным, трудоемким, высокочувствительным процессом; требует длительной жизнеспасательной антибактериальной терапии препаратами резерва. Необходим дальнейший микробиологический мониторинг для контроля и учета полирезистентных штаммов, а также совершенствование эпидемиологических мер по сокращению их циркуляции и распространению в другие в детские стационары города.

ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ ПОРАЖЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (COVID-19)

Маслова Наталья Анатольевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Бакулина Наталья Валерьевна

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова.
191015, Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41. E-mail: maslovanatal@ya.ru

Ключевые слова: COVID-19; гастроинтестинальные симптомы; новая коронавирусная инфекция; поражение желудочно-кишечного тракта; анализ ATC/DDD.

Введение. До 50% пациентов с COVID-19, помимо лихорадки и респираторных симптомов, имеют желудочно-кишечные проявления в виде тошноты, иногда рвоты, болей в животе и диареи. Согласно многоцентровому исследованию, проведенному американскими учеными с участием 318 пациентов, у 2/3 госпитализированных с COVID-19 был по крайней мере один желудочно-кишечный симптом. Наиболее распространенным из всех желудочно-кишечных симптомов, возникающих при новой коронавирусной инфекции, является диарея.

Цель исследования. Определить частоту поражения желудочно-кишечного тракта при инфекции COVID-19 и установить взаимосвязь между тяжестью течения новой коронавирусной инфекции, вариантом лечения, гастроинтестинальными проявлениями.

Материалы и методы. Проведено проспективное одноцентровое интервенционное исследование. Основная группа — пациенты с новой коронавирусной инфекцией (n=436), проходившие лечение в клинике Петра Великого. Течение новой коронавирусной инфекции было подтверждено молекулярной диагностикой SARS-CoV-2. По тяжести течения COVID-19 было выделено 3 группы пациентов: группа 1 — пациенты с легким течением COVID-19, группа 2 — пациенты со среднетяжелым течением COVID-19, группа 3 — пациенты с тяжелым течением COVID-19. Для пациентов был разработан специальный опросник «Оценка желудочно-кишечных симптомов»; определена частота поражения желудочно-кишечного тракта, на основании полученных данных проведена антисекреторная терапия/цитопротективная терапия. Выполнен анализ потребления лекарственных средств методикой ATC/DDD. Полученные результаты обрабатывали в программе Statistica portable v.13.5 (TIBCO Software Inc., США).

Результаты. С 1 июля 2021 года по 10 августа 2021 года в клинике Петра Великого по поводу новой коронавирусной инфекции было пролечено 436 пациентов, средний койко-день составил 12,1; в реанимационной помощи нуждались 95 пациентов (21,7%), средний койко-день в ОИР составил 4,5.

Для сравнения, по данным проведенного ретроспективного анализа с 1 мая 2020 года по 31 июля 2020 года был пролечен 841 пациент, средний койко-день составил 17,1; в реанимационной помощи нуждался 161 пациент (19,1%), средний койко-день в ОИР составил 6,5. У всех пациентов течение новой коронавирусной инфекции было подтверждено молекулярной диагностикой SARS-CoV-2 (ПЦР в биоматериале, взятом из дыхательных путей). На основании клинико-лабораторно-инструментальных данных было выделено 3 группы пациентов по тяжести течения COVID-19: группа 1 — пациенты с легким течением COVID-19, группа 2 — пациенты со среднетяжелым течением COVID-19, группа 3 — пациенты с тяжелым течением COVID-19. Распределение пациентов по тяжести COVID-19 составило: среднетяжелое течение — 275 (63,1%), тяжелое течение — 152 (34,9%). Доля пациентов с сопутствующей патологией: ишемическая болезнь сердца — 44,3%, гипертоническая болезнь — 87,14%, сахарный диабет — 38,5%, заболевания легких — 27,14%, ожирение — 40,0%. При помощи разработанного опросника «Оценка желудочно-кишечных симптомов» у пациентов были уточнены характер и частота развития гастроинтестинальных поражений: общая распространенность гастроинтестинальных жалоб составила 56%, что подтверждает литературные данные (анализ клинической симптоматики у инфицированных SARS-CoV-2 китайских пациентов показал, что 50,5% поступивших в больницу имели гастроинтестинальные симптомы). Женщины предъявляли жалобы в 3,5 раз чаще, чем мужчины ($p < 0,05$). Из перечисленных в опроснике жалоб женщин чаще беспокоила диарея, мужчин — изжога/тошнота. Не получено статистически значимых различий в частоте возникновения диареи, тошноты и/или рвоты, отрыжки желчью/кислотой/пищей, чувства переполнения/раннего насыщения во время и после еды у пациентов с тяжелым и среднетяжелым течением заболевания. Однако обратило на себя внимание, что пациенты с тяжелым течением коронавирусной инфекции в 6 раз чаще предъявляли жалобы на боли в животе, чем пациенты с легким и среднетяжелым течением ($p < 0,05$). По

данным лабораторных исследований было определено, что нейтрофильный лейкоцитоз был у 91% пациентов, отмечалось повышение С-реактивного белка — у 84%, лактатдегидрогеназы — у 67% (причем у пациентов с тяжелым течением COVID-19 уровень повышения С-реактивного белка и лактатдегидрогеназы был статистически выше). Повышение активности печеночных ферментов (АЛТ и АСТ) встречалось в 16 и 14%, что подтверждают литературные данные (по данным метаанализа 47 исследований ($n=10890$) повышение активности АЛТ и АСТ встречалось у 15%). По поводу коронавирусной инфекции и ее осложнений пациентам проводилась медикаментозная терапия: антибактериальная, нестероидная противовоспалительная терапия, антикоагулянтная, глюкокортикостероидная, иммуносупрессивная. С учетом гастроинтестинальных поражений при COVID-19, 98% пациентов потребовало проведения терапии ингибитором протонной терапии в стандартной дозе, 32% проводилась цитопротективная терапия ребамипидом в дозе 300 мг/сут (применение не регламентировано Временными методическими рекомендациями по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19), однако оправдано высоким профилем безопасности и минимальным риском лекарственных взаимодействий и эффективной цитопротекцией — УУР-В, УДД-4). Был выполнен анализ потребления лекарственных средств методикой АТС/DDD, где АТС — это система разделения лекарственных препаратов на группы в зависимости от их действия на определенный анатомический орган или систему, а также от химических, терапевтических свойств; DDD (defined daily dose) — это расчетная средняя поддерживающая суточная доза лекарственного средства для взрослого человека массой 70 кг, применяемого по основному показанию у взрослых. DDD для всей группы антибактериальных препаратов — 95 DDD на 100 к/д, DDD антибиотиков резерва — 8 DDD на 100 к/д. 90% DDD составили 12 антибактериальных препаратов (амоксциллин/клавулат таб. 1,0, амоксициллин/клавулат р-р 1,2, левофлоксацин таб. 0,5, азитромицин таб. 0,5, ципрофлоксацин р-р 0,2, цеф-

триаксон пор. 1,0, левофлоксацин р-р 0,5, меропенем 1,0, ципрофлоксацин таб. 0,5, ванкомицин пор. 1,0, азитромицин р-р 0,5, амоксициллин таб. 0,5), что связано с приемом клиникой Петра Великого пациентов с новой коронавирусной инфекцией и нозокомиальной инфекцией (переводы из других ЛПУ города). Общее DDD глюкокортикостероидов — 299 DDD на 100 к/д (показывает применение у каждого пациента, в дозе, превышающей среднюю суточную (расчетное DDD). DDD ингибиторов янус-киназы — 15,2 DDD на 100 к/д. DDD антиинтерлейкиновых препаратов — 0,4 DDD на 100 к/д. DDD энноксапарина — 464 DDD на 100 к/д (показывает применение у каждого пациента, при том, что Временные методические рекомендации по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19) давали неоднозначную информацию о дозировании — профилактическая, промежуточная, лечебная дозы). Несмотря на большое количество публикаций, имеющиеся на сегодня данные о патогенезе гастроинтестинальных проявлений с противоречивы. Тропизм SARS-CoV-2 к желудочно-кишечному тракту является первым механизмом возникновения желудочно-кишечных симптомов. Вторым механизмом является продуцирование активированными лимфоцитами значимого количества цитокинов, что приводит к развитию воспаления, в том числе желудочно-кишечного тракта. Третьим механизмом развития желудочно-кишечных симптомов является проводимая медикаментозная терапия (развитие нежелательных побочных реакций при проведении антибактериальной терапии; при применении нестероидных противовоспалительных средств, антикоагулянтов, глюкокортикостероидов, иммуносупрессантов).

Выводы. Установлена взаимосвязь гастроинтестинальных проявлений с более тяжелым течением новой коронавирусной инфекции: частота тяжелых форм инфекции COVID-19 была выше у пациентов с гастроинтестинальными симптомами заболевания, чем у пациентов без таковых проявлений. Терапия COVID-19 должна включать меры, направленные на нивелирование гастроинтестинальных проявлений.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ И ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ У ДЕТЕЙ

Иванова Татьяна Сергеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Минин Алексей Владимирович

Республиканская клиническая инфекционная больница. 196645, Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора, Шлиссельбургское шоссе, д. 3. E-mail: rkibsekreter@yandex.ru, primetanya@mail.ru

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция; ВИЧ-энцефалопатия; ВИЧ-энцефалит; диагностика.

Введение. По частоте поражения органов и систем при ВИЧ-инфекции нервная система стоит на втором месте после иммунной. При этом спектр неврологических расстройств очень разнообразен, что создает диагностические сложности. В сложившейся ситуации диагностики поражения центральной нервной системы (ЦНС) существует два варианта устанавливаемых диагнозов: ВИЧ-ассоциированный энцефалит (ВЭЛ) и ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия (ВЭП). Оба состояния развиваются на фоне выраженной иммуносупрессии и являются СПИД-индикаторными, указывая на самый тяжелый вариант течения ВИЧ-инфекции на стадии 4В. ВЭЛ и ВЭП часто описываются в литературе, как одно и то же заболевание, но существуют ряд различий, связанных с оценкой энцефалопатии как постоянного или временного повреждения мозга, влияющую на функцию или структуру мозга, а энцефалит расценивают как первично воспалительное поражение ЦНС.

Цель исследования. 1. Определить частоту ВЭП и ВЭЛ у детей. 2. Провести сравнение частоты встречаемости неврологических нарушений и изменений головного мозга при нейровизуализации при течении ВЭП и ВЭЛ у детей. 3. Провести анализ клинических и инструментальных особенностей ВИЧ-ассоциированного поражения у детей.

Материалы и методы. В республиканской клинической больнице (РКИБ) в период с июля 2022 г. по декабрь 2022 г. было обследовано 216 детей в возрасте от 7 месяцев до 18 лет с диагнозом ВИЧ-инфекция. Из общей группы детей было выявлено две группы: 201 ребенок с установленным диагнозом (ВИЧ-энцефалит — 67 и ВИЧ-ассоциированная энцефалопатия — 134) и 15 детей, у которых отсутствовал диагноз, связанный с поражением нервной системы ВИЧ-инфекции. Каждый ребенок прошел рутинный соматический и неврологический осмотр, оценку данных при нейровизуализации, которые включали в себя: сбор анамнеза и неврологический осмотр врача-невролога; определение «вирусной нагрузки» — определение количества копий РНК, ДНК ВИЧ в плазме методом ПЦР; определение иммунологического статуса (исследование CD4: абсолютное количество, соотношение CD4/CD8 и их процентное содержание, %); МРТ головного мозга мощностью магнитного поля 1,5 Тесла.

Результаты. Характеристики групп ВИЧ-ассоциированных нарушений с установленными диагнозами ВИЧ-энцефалопатия и ВИЧ-энцефалит. В результате осмотра были выявлены следующие общие неврологические синдромы в группах детей с ВЭЛ и ВЭП: общемозговой (головная боль, головокружение, эпизоды утраты сознания и эпилептические пароксизмы, нарушение зрения, снижение аппетита, повышенная утомляемость, общая слабость, повышенная потливость); тревожные нарушения (тревожность, панические атаки, повышенная возбудимость, гиперактивность); двигательные нарушения (уступчивость и парезы конечностей, скрытые парезы); изменение мышечного тонуса (сочетание общей диффузной гипотонии с повышением мышечного тонуса в икроножных мышцах, по экстрапирамидному типу, асимметрия, контрактуры суставов, клонус в голеностопном суставе, асимметрия рефлексов, одностороннее снижение брюшных рефлексов, патологические стопные знаки, нарушение поверхностной чувствительности); нарушение функции тазовых органов в единичном случае для ВЭЛ и ВЭП; координаторные нарушения (мимопадение при пальце-носовой и пяточно-коленной пробе, интенционный тремор, изменение походки). Согласно полученным данным в группе детей с ВЭЛ почти в два раза чаще встречались следующие клинические симптомы, чем в группе с ВЭП: повышенная утомляемость — 46,2% (27,2%), общая слабость — 32,1% (18,1%), изменение мышечного тонуса — 92,8% (78,8%), одностороннее снижение брюшных рефлексов — 32,1% (18,2%), патологические стопные знаки — 14,3% (6,1%), нарушение поверхностной чувствительности — 17,9% (9,1%), интенционный тремор — 46,4% (10,7%). А в группе детей с ВЭП чаще встречались такие клинические симптомы, чем в группе с ВЭП: координаторные нарушения (мимопадение при пальце-носовой и пяточно-коленной пробе) — 45,5% (17,9%). При оценке МРТ головного мозга в группе пациентов с ВЭЛ чаще отмечались следующие изменения, чем в группе с ВЭП: множественные расширенные периваскулярные пространства Вирхова-Робина — 62,1% (45,5%); глиоз перивентрикулярной области — 70,8% (68,2%); расширение боковых желудочков — 16,7% (9,1%); расширение

ние сильвиевых щелей — 25% (9,1%); наличие зон гиперинтенсивного сигнала на FLAIR характерных для ВИЧ-ассоциированных изменений чаще в височных и затылочных долях, более высокая площадь встречаемых изменений — 58,3% (54,2% чаще изменения в теменных долях). В группе пациентов с ВЭП чаще отмечались следующие изменения, чем в группе с ВЭЛ: асимметрия боковых желудочков — 27,3% (25%), расширение височных рогов боковых желудочков с изменением объема гиппокампа — 40,9% (9,5%); асимметрия сигмовидных синусов — 18,1% (8,3%); асимметрия диаметров позвоночных артерий, повышенная извитость — 27,2% (13,6%); кисты сосудистых сплетений — 13,2% (12,5%); воспалительные изменения основной пазухи — 13,6% (12,5%).

Выводы. Полученные различия в клинической картине ВЭЛ и ВЭП во много связаны с критериями первичной диагностики данных за-

болеваний. При ВЭЛ обязательным в постановке диагноза используются ВИЧ ассоциированные изменения на МРТ и показатели вирусной нагрузки ВИЧ в крови, тогда как при ВЭП основой для постановки диагноза в большей степени служат клинические проявления неврологических нарушений. Большая частота встречаемости расширения периваскулярных пространств при ВЭЛ во многом обусловлена значительной реактивацией лимфатической системы в течение ВИЧ ассоциированного поражения ЦНС в данной группе пациентов, тогда как большая выраженность проявлений со стороны сосудистых сплетений желудочков и венозных синусов при ВЭП может быть фактором риска развития ликвородинамических осложнений. Таким образом, необходимо провести дифференцировку ВИЧ-энцефалопатий для ранней этиотропной диагностики и выбора лечебной тактики.

ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ТЕРРИТОРИЙ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ПО РИСКУ ЗАРАЖЕНИЯ КЛЕЩЕВЫМ ВИРУСНЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ

Ужакова Алена Васильевна, Желдыбина Александра Сергеевна

Научный руководитель: начальник отдела эпидемиологического надзора Управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по Архангельской области, ассистент кафедры гигиены и медицинской экологии Соколова Ольга Витальевна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.
163069, Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: alena.uzhakova@yandex.ru

Ключевые слова: клещевой вирусный энцефалит; дифференциация территорий; Архангельская область; профилактика; вакцинация.

Введение. Клещевой вирусный энцефалит (далее — КВЭ) остается одной из приоритетных проблем здравоохранения, что обусловлено высоким уровнем заболеваемости в эндемичных районах, тяжелым клиническим течением очаговых форм. В 2021 г. Роспотребнадзором 20 административных территорий (далее — АТ) Архангельской области (далее — АО) из 25 определены, как эндемичные. Для проведения адекватной профилактики КВЭ, включая вакцинопрофилактику, необходимо провести дифференциацию территорий АО по риску заражения населения вирусом клещевого энцефалита.

Цель исследования. Проведение дифференциации АТ АО на группы эпидемиологического риска по заболеваемости КВЭ с целью оценки тактики и объема проведения профилактических мероприятий в соответствии с эпидемиологической ситуацией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости КВЭ в АО за 2004–2021 гг. по данным формы федерального статистического наблюдения № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях», анализ обращаемости в связи с присасыванием клеща — по числу экстренных извещений, полученных от медицинских организаций (далее — МО). Методика дифференциации АТ проведена в соответствии с учебно-методическим пособием «Алгоритм дифференциации территорий по риску заболевания клещевым вирусным энцефалитом». Использован расчет 95% доверительного интервала (ДИ) для выделения групп АТ, различающихся по числу случаев КВЭ, применен непараметрический метод оценки принадлежности отдельных «выпадающих» значений к исследуемой совокупности.

Результаты. За 2004–2021 гг. в АО зарегистрирован 1221 случай заболевания КВЭ. Среднемноголетний показатель (далее — СМП) заболеваемости КВЭ за данный период в регионе составил 5,7 на 100 тыс. населения, что в 2,7 раза выше, чем в СМП заболеваемости КВЭ по РФ (показатель по РФ — 2,1

на 100 тыс. населения). Критерием, взятым за основу дифференциации, был СМП заболеваемости КВЭ по каждой АТ АО. На первом этапе дифференциации в отдельную группу Г0 выделено 5 АТ, относящихся к неэндемичным. В группе Г0 случаи КВЭ, преимущественно, являются завозными с эндемичных территорий АО. (г. Архангельск, г. Северодвинск, г. Новодвинск, Лешуконский и Мезенский районы). На втором этапе дифференциации территорий по эпидемиологическим рискам выделено 2 АТ (Вельский и Шенкурский районы), формирующие группу Г4, с очень высокой заболеваемостью. В группе Г4 за 2004–2021 гг. выявлен 20471 случай обращения в МО в связи с присасыванием клеща и 413 случаев КВЭ. СМП пострадавших от присасывания клещей составил 1733 на 100 тыс. населения. СМП заболеваемости КВЭ составил 34,6 случаев на 100 тыс. населения. Последним этапом дифференциации является разбивка оставшихся АТ с применением метода расчета 95% ДИ на три группы: с низким уровнем заболеваемости (далее — Г1) — Виноградовский, Вилегодский, Плесецкий, Онежский, Холмогорский, Пинежский, Приморский районы и г. Мирный; со средним уровнем заболеваемости (далее — Г2) — Няндомский, Устьянский и Ленский районы, г. Котлас и г. Коржма; с высоким уровнем заболеваемости (далее — Г3) — Красноборский, Коношский, Верхнетоемский, Котласский, Каргопольский районы. Группа Г1: На АТ группы Г1 за исследуемый период выявлено 19424 случая обращения в МО в связи с присасыванием клеща и 59 случаев КВЭ. СМП пострадавших от присасывания клещей составил 630,0 на 100 тыс. населения. СМП заболеваемости КВЭ за 2004–2021 гг. составил 1,6 на 100 тыс. населения. В группе Г2 На за АТ данной группы за исследуемый период выявлено 31 158 случаев обращения в МО в связи с присасыванием клеща и 284 случая КВЭ. СМП пострадавших от присасывания клещей составил 1009,3 на 100 тыс. населения. СМП заболеваемости КВЭ за 2004–2021 гг. составил 8,6 на 100 тыс. населения. В группе Г3 На АТ данной группы за исследуемый период выявлено 26 072 случая

обращения в МО в связи с присасыванием клеща и 298 случаев КВЭ. СМП пострадавших от присасывания клещей составил 1571,8 на 100 тыс. населения. СМП заболеваемости КВЭ за 2004–2021 гг. составил 16,26 на 100 тыс. населения. Группа Г4: на данной территории за исследуемый период выявлен 20 471 случай обращения в МО в связи с присасыванием клеща и 413 случаев КВЭ. СМП по числу присасывания клещей в этой группе составил 1732,9 на 100 тыс. населения. СМП заболеваемости КВЭ за 2004–2021 годы для указанной группы составил 34,63 случая на 100 тыс. населения. В среднем за год в данной группе вакцинируются от КВЭ 1874 человек, ревакцинируются — 2996 человек. Экстренную серопрофилактику провели 30,1% пострадавшим от присасывания клещей.

Выводы. По результатам проведенного анализа и расчетов показано, что на АТ группы Г0, необходимо продолжить комплекс мер специфической (иммунизация лиц, регулярно выезжающих в эндемичные районы) и неспецифической профилактики. На

АТ групп Г1 и Г2, профилактические мероприятия не требуют пересмотра, но, необходимость проведения специфической профилактики населению из групп риска, а также акарицидных обработок и санитарно-просветительской работы сохраняется. На АТ групп Г3 и Г4 необходима массовая вакцинация против КВЭ всего населения (не менее 95%) и необходимо усиление мер неспецифической профилактики (увеличение площади акарицидных обработок, санитарное просвещение населения, использование специальной защитной одежды и репеллентов), а также необходимо проводить массовую вакцинацию против КВЭ всего населения (не менее 95%). Дифференциация территорий с учетом уровней заболеваемости КВЭ позволяет принимать обоснованные решения для улучшения тактики и увеличения объема профилактических мероприятий, оптимизировать работу системы здравоохранения, избежать нецелесообразных закупок вакцин, и в долгосрочной перспективе экономить бюджетные средства.

ОСОБЕННОСТИ СПОРАДИЧЕСКОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ОСТРЫМИ КИШЕЧНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Решетило Анастасия Николаевна

Научный руководитель: ассистент Байдакова Елена Валерьевна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: nastya.levkina.1996@mail.ru

Ключевые слова: острые кишечные инфекции; заболеваемость; новая коронавирусная инфекция; пандемия COVID-19.

Введение. Заболеваемость острыми кишечными инфекциями (ОКИ) является актуальной проблемой санитарно-эпидемиологического надзора во многих странах мира. По данным ВОЗ, в мире ежегодно регистрируется более миллиарда случаев ОКИ, 20 миллионов из них приходится на тяжелые формы заболевания. С 1990 года острые инфекционные диареи входят в десять ведущих причин смертности, более 50% всех смертей от диареи и ее тяжелых форм приходится на детей младше 5 лет. В конце 2019 года в Китае при исследовании вспышки пневмонии, был выявлен новый штамм коронавируса человека SARS-CoV-2, что с 2020 года повлекло за собой распространение инфекции по всему миру, развитию пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Профилактические меры введенные в период пандемии, основанные на адекватной гигиене рук, применении кожных антисептиков, дезинфекции окружающей среды и социального дистанцирования, способствовали снижению частоты заболеваемости COVID-19, а также заболеваемости другими инфекционными болезнями, в том числе ОКИ.

Цель исследования. Влияние заболеваемости COVID-19 и карантинно-ограничительных мероприятий, развернутых в период пандемии COVID-19, на заболеваемость острыми кишечными инфекциями в Архангельской области.

Материалы и методы. Для анализа использовались данные недельной заболеваемости ОКИ, заболеваемости COVID-19 и расчет интенсивных показателей.

Результаты. В период с 2015 по 2022 годы эпидемический процесс ОКИ в Архангельской области характеризовался постоянной регистрацией случаев на протяжении года с сезонными подъемами в зимние и весенние месяцы в среднем начиная с 46 недели уходящего года до 8 недели начавшегося года (от 15,1 до 31,5 на 100 тысяч населения области ($^{0}/_{000}$)), с 10 по 17 неделю (от 17,9 $^{0}/_{000}$ до 24,0 $^{0}/_{000}$) и снижением частоты регистрации ОКИ в летние месяцы года (диапазон показателя от 9,9 $^{0}/_{000}$ до 4,9 на 100.

Начиная с 15 недели 2020 года зарегистрировано снижение недельной заболеваемости ОКИ до 5,0 $^{0}/_{000}$, что ниже среднемноголетнего уровня (СМУ) для этого периода года в 4 раза. В дальнейшем на протяжении всего 2020 года значение интенсивного показателя заболеваемости ОКИ было ниже СМУ от 19 до 68%. Указанная тенденция к снижению заболеваемости ОКИ наблюдалась до 15 недели 2021 года, когда впервые с начала пандемии наблюдался подъем недельной заболеваемости ОКИ относительно СМУ на 9,4%, что нехарактерно для эпидемического процесса ОКИ среди населения области в допандемический период для этого времени года. Вместе с тем, дальнейшей интенсификации заболеваемости ОКИ не произошло, начиная с 20 недели 2021 года интенсивность эпидемического процесса ОКИ вновь замедлилась и на протяжении всего 2021 года заболеваемость была ниже СМУ на 10–73%. На протяжении 2020–2022 годов регистрировались незначительные подъемы недельного уровня заболеваемости в среднем с 35 по 38 календарные недели, которые связаны с возобновлением образовательного процесса в очной форме, возвращением с летнего отдыха и образованием новых коллективов в детских садах и начальных классов школ. При этом превышение СМУ в указанные периоды не регистрировались, что свидетельствует о низкой интенсивности эпидемического процесса ОКИ.

Выводы. Анализ динамики заболеваемости ОКИ в допандемический период и в период пандемии COVID-19, выявил различия в течении эпидемического процесса ОКИ. Снижение интенсивности эпидемического процесса ОКИ обусловлено началом пандемии COVID-19 и введением карантинно-ограничительных мероприятий на территории Архангельской области. Введенные мероприятия включали в себя: разобщение организованных и трудовых коллективов, перевод на дистанционное обучение школьников в 4 четверти 2020 года, перевод на удаленный режим работы, масочный

и перчаточный режим в трудовых и организованных коллективах, на транспорте, в общественных местах, усиление режима дезинфекции, введение социальной дистанции, ограничение работы предприятий общественного питания, запрет массовых мероприятий. Поскольку наибольший вклад в заболеваемость ОКИ вносят дети посещающие органи-

зованные коллективы, то снижению интенсивности эпидемического процесса послужили карантинно-ограничительные мероприятия, введённые в детских садах и школах, а также практика перевода на дистанционное обучение в случае регистрации групповых очагов COVID-19 в образовательном коллективе.

МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИЙ МОНИТОРИНГ В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ДЕТСКОГО СТАЦИОНАРА ГОРОДА АРХАНГЕЛЬСК

Рябов Виталий Сергеевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гордиенко Татьяна Александровна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: vs.epid@yandex.ru

Ключевые слова: эпидемиология; микробиологический мониторинг; детское население; отделение реанимации; антибиотикопрофилактика; антимикробная терапия; госпитальный штамм.

Введение. Микробиологический мониторинг — это комплексное и динамическое наблюдение за патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, выделенными от пациентов, персонала и с объектов больничной среды, их свойствами и особенностями циркуляции. Реализация мониторинга позволяет изучить этиологическую структуру инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП); своевременно обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционно-стерилизационного режима; вовремя выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, чтобы целенаправленно и эффективно провести необходимые профилактические и противоэпидемические мероприятия. Пациенты отделения реанимации постоянно находятся в зоне высокого риска приобретения полирезистентной госпитальной флоры и, как следствие, ухудшения общего состояния. Трудности в лечении пациентов с госпитальными штаммами микроорганизмов вызваны ограниченным спектром наличия антимикробных препаратов и множественной резистентностью к ним.

Цель исследования. Анализ данных и определение мероприятий с целью предупреждения возникновения и распространения ИСМП в отделении реанимации детского стационара города Архангельска.

Материалы и методы. Результаты микробиологических исследований клинического материала, сведения из медицинских карт стационарных больных, использование статистического метода исследования, использование программного обеспечения MS Excel.

Результаты. За 2021 год в отделении реанимации пролечено 476 пациентов. Структура клинических форм у пациентов представлена: внебольничные пневмонии — 23; новая коронавирусная инфекция (COVID-19) — 5; острые респираторные инфекции — 19; острые кишечные инфекции — 9; прочие (неинфекционные болезни) — 420. Всего за 2021 год в отделении реанимации зарегистри-

ровано 38 посевов с ростом микроорганизмов у 18 пациентов. Все пациенты с клиническими проявлениями инфекционных болезней, с имеющимися инородными устройствами (катетеры), были обследованы в 100% случаев. Структура преобладающих выделенных микроорганизмов у пациентов отделения реанимации за 2021 год: грибы рода *Candida* — 32%; *Staphylococcus epidermidis* — 13%; *Enterococcus faecalis/faecium* — 11%; *Staphylococcus aureus* — 8%; Проанализировав структуру выделенных микроорганизмов в разрезе локусов можно сделать следующие выводы: грибы рода *Candida* в большинстве случаев дали рост из мокроты и кала пациентов, *Staphylococcus epidermidis* — в цельной крови и в цереброспинальной жидкости, *Staphylococcus aureus* — в мокроте и отделяемом раны, *Pseudomonas aeruginosa* в мокроте. Зарегистрирован 1 случай ванкомицинрезистентного энтерококка, 1 случай *S. aureus* HA-MRSA. Воздух закрытых помещений отделения реанимации, смывы с объектов внешней среды на показатели БГКП и *S. aureus*, вода питьевая централизованного водоснабжения соответствуют гигиеническим и микробиологическим нормативам. За 2022 год всего пролечено в отделении реанимации 393 пациента. Структура клинических форм у пациентов представлена: внебольничные пневмонии — 18; новая коронавирусная инфекция (COVID-19) — 10; острые респираторные инфекции — 13; острые кишечные инфекции — 5; прочие (неинфекционные болезни) — 347. Всего за 2022 год в отделении реанимации зарегистрировано 63 посева с ростом микроорганизмов. Все пациенты с клиническими проявлениями инфекционных болезней, с имеющимися инородными устройствами (катетеры), были обследованы в 100% случаев. Структура госпитальных выделенных микроорганизмов у пациентов отделения реанимации в 2022 году: грибы рода *Candida* 17,4%; *Pseudomonas aeruginosa* 11,1%; *Enterococcus faecium* 9,5%; *Acinetobacter baumannii* 9,5%; *Klebsiella pneumoniae* 7,9%; *Escherichia coli* 6,3%; *Staphylococcus haemolyticus* 6,3%. Грибы рода

Candida дали рост в моче, мокроте, плевральной жидкости, кале пациентов. *Klebsiella pneumoniae* в плевральной жидкости, моче, мокроте, мазке слизистой носоглотки. *Enterococcus faecium* в моче, цельной крови, мокроте. *Escherichia coli* в моче, плевральной жидкости. Воздух закрытых помещений в отделении реанимации, смывы с объектов внешней среды на показатели БГКП и *S. aureus*, вода питьевая централизованного водоснабжения соответствуют гигиеническим и микробиологическим нормативам.

Выводы. Соотношение грамотрицательных бактерий/грамположительных бактерий/грибов рода *Candida* в 2021 году составило 32/36/32. Ведущим микроорганизмом в 2021 году являлся *Staphylococcus epidermidis*. Соотношение грамотрицательных бактерий/грамположительных бактерий/грибов рода *Candida* за 2022 год составило

48/32/20. Доля грибов рода *Candida* за 2022 год по сравнению с 2021 годом уменьшилась в 1,6 раза. Ведущим микроорганизмом за 2022 год являлся *Pseudomonas aeruginosa* (12,5%), в отличие от 2021 года (*Staphylococcus epidermidis* — 13,0%). На основании проанализированных данных можно сделать выводы: необходимо проводить микробиологический мониторинг в ежедневном режиме для отслеживания госпитальных штаммов микроорганизмов и «заносов» инфекции для проведения экстренных противоэпидемических мероприятий в отделениях. Дополнительно необходимо проводить анализ микробиологического разнообразия в отделении ежеквартально с целью разработки антибиотикопрофилактики при оперативных вмешательствах, антибиотикотерапии полирезистентных госпитальных штаммов микроорганизмов, ротации дезинфицирующих средств.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ВИРУСНЫМ ГЕПАТИТОМ А НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ С 2011 ПО 2021 г.

Кузнецова Диана Логиновна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гордиенко Татьяна Александровна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.

163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: diana.loginovna@mail.ru

Ключевые слова: динамика заболеваемости; вирусный гепатит А; эпидемический процесс; эпидемиология.

Введение. При изучении динамики заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА) с 2011 по 2021 год на территории Архангельской области выявлено, что эпидемический процесс данного заболевания имеет волнообразный характер течения, наблюдались периоды спадов и подъемов заболеваемости. На сегодняшний день тема исследования актуальна, так как ежегодно на территории Архангельской области регистрируются случаи заболевания вирусным гепатитом А.

Цель исследования. Изучить характеристику эпидемического процесса вирусного гепатита А с 2011 по 2021 года для дальнейшей профилактики среди населения Архангельской области и применения полученных знаний для оптимизации эпидемиологического надзора за ВГА.

Материалы и методы. Для исследования были взяты государственные доклады с 2011 по 2021 года, проведен ретроспективный эпидемиологический анализ динамики заболеваемости вирусным гепатитом А (ВГА) за указанный период.

Результаты. При проведении ретроспективного анализа динамики заболеваемости вирусным гепатитом А с 2011 по 2021 года на территории Архангельской области установлено, что эпидемический процесс имеет волнообразный характер течения, наблюдались периоды спадов и подъемов заболеваемости. В определенные годы (2017, 2018, 2019, 2021) показатели заболеваемости населения вирусным гепатитом А в Архангельской области выше аналогичных показателей по Российской Федерации. В большинстве случаев причиной заражения оказалось несоблюдение правил личной гигиены среди населения.

Количество зарегистрированных случаев ВГА на территории Архангельской области с 2011 по 2021 годы: 2011 — 8 случаев ВГА, 2012 — 15 случаев ВГА, 2013 — 16 случаев ВГА, 2014 — 16 случаев ВГА, 2015 — 14 случаев ВГА, 2016 — 13 случаев ВГА, 2017 — 113 случаев ВГА, 2018 — 66

случаев ВГА, 2019 — 41 случаев ВГА, 2020 — 17 случаев ВГА, 2021 — 19 случаев ВГА. Были рассчитаны интенсивные показатели заболеваемости ВГА с 2011 по 2021 г. на 10 000 населения: за 2011 год распространенность заболеваемостью ВГА составила 0,23‰, за 2012 год — 0,43‰, за 2013 год — 0,45‰, за 2015 год — 0,39‰, за 2016 год — 0,37‰, за 2017 год — 3,21‰, за 2018 год — 1,89‰, за 2019 год — 1,18‰, за 2020 год — 0,49‰, за 2021 год — 0,63‰. Резкий рост заболеваемости ВГА зарегистрирован в 2017 году, уровень заболеваемости ВГА в этом году более чем в полтора раза превысил средний показатель по Российской Федерации.

Выводы. При ретроспективном анализе динамики заболеваемости вирусным гепатитом А с 2011 по 2021 года на территории Архангельской области установлено, что решающим фактором передачи возбудителя ВГА является несоблюдение населением правил личной гигиены, то есть грязные руки населения, некипяченая вода и нарушение обработки пищевых продуктов. Успех в борьбе с ВГА может быть достигнут с помощью проведения санитарно-просветительной работы среди населения, комплекса мероприятий по разрыву фекально-орального механизма передачи возбудителя путем повышения уровня санитарно-коммунального благоустройства, устранения недостатков в изношенном коммунальном хозяйстве, применения препаратов, активизирующих функционирование системы иммунитета, то есть оказывающих воздействие на третье звено эпидемического процесса (восприимчивых лиц), вакцинопрофилактика ВГА по эпидемическим показаниям в очагах, активная иммунизация вакцинами ГЕП-А-ин-ВАК, ГЕП-А-ин-ВАК-Пол, Хаврикс. Для Вооруженных сил РФ ВГА имеет высокую военно-эпидемиологическую и социально-экономическую значимость. Основным методом эффективной профилактики является вакцинация от ВГА.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОРЬЮ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ И ЕЕ ВЗАИМОСВЯЗЬ С ИММУНИЗАЦИЕЙ

Щербакова Александра Валерьевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гордиенко Татьяна Александровна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: alex_andra2019@mail.ru

Ключевые слова: Российская Федерация; Архангельская область; корь; заболеваемость, иммунизация.

Введение. Корь — это одно из высококонтагиозных заболеваний. Передача возбудителя происходит воздушно-капельным путем либо при контакте с носоглоточными секретами больного. Корь относится к числу инфекций преимущественного детского возраста, но болеют также и невакцинированные взрослые. Болезнь сопровождается высокой температурой, сыпью и кашлем. Вакцинация против кори проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок, утвержденным Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н. По данным ряда авторов, в 2000–2014 годы иммунизация от этой инфекции предотвратила более 17 миллионов смертельных исходов, сделав вакцину от кори одним из наиболее выгодных достижений общественного здравоохранения.

Цель исследования. Провести анализ заболеваемости корью на территории Российской Федерации и Архангельской области с 2012–2021 годы и выявить ее взаимосвязь с иммунизацией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ показателей заболеваемости населения корью. Изучены публикации, размещенные в базах данных РИНЦ, данные ежегодных государственных докладов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и доклады Управления Роспотребнадзора по Архангельской области с 2012 по 2021 год.

Результаты. При анализе представленных материалов выявлено, что за период с 2012 по 2021 год уровень заболеваемости корью был достаточно низким, за исключением 2013, 2014 и 2019 годов, как на территории Архангельской области, так и на территории Российской Федерации. В эти годы были зарегистрированы самые высокие показатели заболеваемости. В 2013 году на территории региона было зарегистрировано 10 случаев кори (показатель заболеваемости составил 0,86 на 100 тысяч населения), а в целом по стране было зарегистрировано 2339 случаев кори (показатель заболеваемости 1,63 на 100 тысяч населения).

В 2014 году на территории Архангельской области был зарегистрирован 1 случай кори, а в стране продолжался эпидемический подъем заболеваемости, были зарегистрированы 4 711 случаев (показатель заболеваемости увеличился в 2 раза по сравнению с 2013 годом и составил 3,23 на 100 тыс. населения). После достижения низких показателей с 2015 по 2018 годы, в течение 2019 года отмечался постепенный рост заболеваемости. Главной причиной явилось снижение внимания к вакцинации на фоне ухудшения эпидемической ситуации во многих странах мира. За 2019 год в России зарегистрированы 4491 случаев кори, показатель заболеваемости составил 3,06 на 100 тысяч населения. В Архангельской области в г. Северодвинске в 2019 году был зарегистрирован семейный очаг с 3 случаями заболевания корью. Первый случай расценивается как занос коревой инфекции из другого региона, распространению инфекции способствовало отсутствие вакцинации у 2 контактных детей. Следует отметить, что в 2019 году 84,28% от всех заболевших детей и взрослых на территории Российской Федерации не были вакцинированы. В целях снижения заболеваемости на территории региона проводился комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию кори. Программа «Профилактика кори и краснухи в период верификации и элиминации в Российской Федерации (2013–2015)», а также осуществление мероприятий 2-го этапа (2019–2020 гг.) «Элиминация кори и краснухи в Российской Федерации к 2020 году» были реализованы. Основной целью программы было повышение качества противоэпидемических мероприятий, включая вакцинацию групп риска (работников медицинских организаций, сферы образования, торговли, общественного питания), а также иммунизацию мигрантов и цыганского населения. В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 06.03.2019 № 2 «О проведении подчищающей иммунизации против кори на территории Российской Федерации» в 2019 году была проведена подчищающая иммунизация. В ее рамках от кори были привиты более 1,1 миллиона человек, из них — 168 тысяч детей и более 180 тысяч

иностранных граждан, работающих на территории Российской Федерации.

Выводы. Благодаря своевременному выявлению случаев кори, ее лабораторной диагностике и противоэпидемическим мероприятиям, которые регламентированы СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», а также пропаганде вакцинопрофилактики и мероприятиям по подчищающей иммунизации населения в 2019 году в Российской Федерации удалось достигнуть стабилизации кори на спорадическом уровне. На сегодняшний день наблюдается увеличение числа лиц, воспри-

имчивых к кори, связанных с отказами от вакцинации, обусловленными отсутствием приверженности к иммунизации и миграционными процессами на территорию Российской Федерации, включая все её субъекты. В связи с этим увеличивается вероятность заноса и распространения коревой инфекции на территории Архангельской области. Таким образом, необходимо поддерживать настороженность в отношении данной инфекции, сохранять высокие темпы работы по плановой иммунизации населения, активному выявлению и иммунизации лиц, не привитых против кори, в том числе среди иностранных граждан.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПОЛОСТИ РТА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ**Тухватчин Илья Эдуардович**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Кузьмина Людмила Николаевна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра терапевтической стоматологии.
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: poduga-ilya@mail.ru**Ключевые слова:** СОПР; заболевания полости рта; ВИЧ-инфекция.

Введение. Вирус иммунодефицита человека впервые был описан в 1981 году. Спустя несколько лет была объявлена эпидемия ВИЧ-инфекции в мире. Учёные связывают стремительное распространение болезни со скрытым периодом ее развития. По данным Объединённой программы ООН по ВИЧ/СПИДу (UNAIDS) по состоянию на 2021 год всего в мире насчитывается около 38,4 миллиона инфицированных. В Российской Федерации на момент 31.12.2021 проживало 1 137 596 россиян с лабораторно подтвержденным (иммунный блот) диагнозом ВИЧ-инфекция, исключая 424 974 больных, умерших за весь период наблюдения (27,2%). Основными проблемами ВИЧ являются: убиквитарность инфекции, неизбежная летальность при отсутствии терапии, неизлечимость. ВИЧ-инфекция не имеет патогномичных симптомов, но установлен ряд проявлений, который может указывать на наличие заболевания у человека. Часть таких признаков обнаруживаются в полости рта. На заседании контрольного центра ЕЭС по оральным проблемам ВИЧ-инфекции в Амстердаме в 1990 году была принята Классификация поражений полости рта, связанных с ВИЧ-инфекцией. 1 группа — поражения, часто связанные с ВИЧ-инфекцией (ВИЧ-гингивит, ВИЧ-периодонтит, Саркома Капоши, лимфома не-Ходжкина, хронический кандидоз, волосатая лейкоплакия). 2 группа — поражения, реже связанные с ВИЧ-инфекцией (атипичные изъязвления, заболевания слюнных желёз, вирусные инфекции семейства Герпесвирусы). Для врача любой специальности важно знать и обращать внимание на подозрительные проявления и рекомендовать пациенту пройти тестирование на выявление ВИЧ-инфекции.

Цель исследования. Комплексная оценка состояния полости рта у больных ВИЧ на разных стадиях заболевания.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование с определением иммунного статуса 92 человек с ВИЧ-инфекцией, находящихся в учреждениях УИС Архангельской области с 2021 по 2022 гг. Обследованы пациенты следующих возрастных групп: 18–24 лет (4 чел.), 25–34 лет (20 чел.), 35–44 лет (52 чел.), 45–54 лет (15 чел.), 55–64 лет (1 чел.). Из клинических форм проявлений были

диагностированы: хронический кандидоз (8 пациентов), лейкоплакия (11), заболевания пародонта (4), заболевания слюнных желёз (2), хронический рецидивирующий герпес слизистой оболочки полости рта (1). Статистический анализ проводили с помощью электронных таблиц Microsoft Excel с надстройкой Analysis ToolPak и встроенной программой анализа данных AtteStat (версия 13.2). Нормальность распределения полученных нами исходных количественных данных, проверенная с помощью критерия Гире, в большинстве случаев не нашла подтверждения, поэтому, для статистического анализа в основном использовались непараметрические методы. Для характеристики выборок вычислялись медианы с ошибками репрезентативности. В случае нормальности распределений вычислялись средние арифметические и их стандартные ошибки. В необходимых случаях определялись ошибки выборочных долей. Парные сравнения проводились с помощью критериев Манна–Уитни. Р-значения всегда вычислялись двусторонние. В случаях нормальности вариационных рядов сравнения средних проводились с помощью критерия Уэлча. При анализе четырёхклеточных таблиц использовали точный критерий Фишера; двусторонний. Для сравнения вероятности события в группах вычисляли показатель отношения шансов, его стандартную ошибку и границы 95%-го доверительного интервала. Сравнение таблиц сопряженности признаков относительно степени взаимозависимости проводилось на основе скорректированных коэффициентов сопряженности Пирсона.

Результаты. Распространённость заболеваний СОПР среди больных ВИЧ зависит от стадии заболевания и составила: у больных ВИЧ 3-й ст. $10,5 \pm 7,04\%$, а у больных ВИЧ 4-й ст. $47,8 \pm 10,42\%$. Шансы на то, что у больных ВИЧ в 4-й стадии будут иметь место заболевания СОПР в $7,8 \pm 6,67$ раза выше, чем шансы на то, что такие заболевания будут у лиц с 3-й стадией ВИЧ. Сопряжённость изученных признаков (стадия ВИЧ и наличие заболеваний СОПР) составила 52,7% от максимально возможной. Разница пародонтальных индексов Рассела у больных 3-й и 4-й ст., в целом, статистически значима (критерий Манна–Уитни 299,5; $p < 0,05$). Медиана ПИ Рассела у больных ВИЧ в 3-й ст. равна $0,4 \pm 0,28$, у больных

ВИЧ в 4-й ст. равна $2,0 \pm 0,56$ балла. Таким образом, типичным для больных ВИЧ 3-й ст. является наличие начальной и легкой степени патологии пародонта, для больных ВИЧ 4-й ст. — среднетяжелой степени патологии пародонта. Разница индексов Грин–Вермильона у больных 3-й и 4-й ст., в целом, статистически значима (критерий Манна–Уитни 309; $p < 0,01$). Медиана ИГР-У у больных ВИЧ в 3-й ст. равна $1,6 \pm 0,17$, у больных ВИЧ в 4-й ст. равна $2,3 \pm 0,19$ балла. Таким образом, для больных ВИЧ 3-й ст. типичным является удовлетворительное, а для больных ВИЧ 4-й ст. — плохое гигиеническое состояние полости рта. Распространенность средней и тяжелой степеней гингивита среди заключенных, больных ВИЧ, зависела от стадии заболевания и составила:

у больных ВИЧ 3-й ст. $10,5 \pm 7,04\%$, а у больных ВИЧ 4-й ст. $40,9 \pm 10,48\%$. Шансы на то, что у больных ВИЧ в 4-й стадии будет иметь место гингивит средней и тяжелой степени тяжести в $5,9 \pm 5,09$ раза выше, чем шансы на то, что гингивит такой же тяжести будет у лиц с 3-й стадией ВИЧ. Сопряженность изученных признаков (стадия ВИЧ и степень тяжести гингивита) составила 45,8% от максимально возможной.

Выводы. Таким образом, распространенность и тяжесть заболеваний СОПР и пародонта отличается у пациентов, находящихся на разных стадиях развития ВИЧ-инфекции и зависит длительности заболевания, иммунного статуса, наличия сопутствующей патологии, гигиенического состояния полости рта, возраста больных.

НОВОРОЖДЕННЫЕ ДЕТИ И COVID-19

Соктоева Нансалма Солбоновна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Игнатьева Анна Владимировна

Читинская государственная медицинская академия. 672000, г. Чита, ул. Горького, д. 39А. E-mail: nansalma_s@mail.ru

Ключевые слова: дети; COVID-19; гемостаз; тромбодинамика.

Введение. Коронавирусная инфекция (COVID-19), возникшая в 2019 г. вызывает тяжелое острое заболевание, возбудителем которой является SARS-CoV-2, которая поражает людей любого возраста, в том числе беременных женщин и детей. Сама беременность и роды не влияют на течение COVID-19, но присоединение инфекции может осложнять течение гестации, вызывая респираторный дистресс-синдром, преждевременные роды, выкидыш и антенатальную гибель плода. Одним из основных факторов в патогенезе тромботических осложнений при COVID-19 может являться тропность вируса SARS-CoV-2 к эндотелию сосудов с развитием эндотелиита, который влечет за собой ряд характерных нарушений свертывающей системы крови, в том числе и во время беременности. Это может потенциально оказывать влияние на состояние плода и новорожденного. В неонатальном периоде система гемостаза претерпевает ряд изменений, которые делают ее менее стабильной при любых неблагоприятных воздействиях. Инфекционно-воспалительный процесс может привести к нарушению равновесия коагуляционных и антикоагулянтных факторов у новорожденного ребенка. Состояние свертывающей системы крови наиболее полно характеризуют такие современные интегральные методы оценки гемостаза, как тромбодинамика.

Цель исследования. Изучить состояние системы гемостаза у детей, рожденных от женщин инфицированных SARS-CoV-2 с использованием теста тромбодинамики.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ показателей гемостаза 66 пациентов, находившихся в стационаре ГУЗ Краевая детская клиническая больница г. Читы отделений патологии новорожденных и раннего возраста. В первую группу вошли 50 детей, средний возраст, которых составил $1,9 \pm 0,2$ мес, родившихся от матерей, перенесших COVID-19 во время беременности и родов, из них 60% (30) мальчиков и 40% (20) девочек. В зависимости от результатов ИФА на антитела к коронавирусу SARS-CoV-2-S (spike) выделены подгруппы 1А — 31 ребенок с отрицательным IgG, 58% (18) мальчиков, 42% (13) девочек и 1В — 19 детей с положительным IgG, 63% (12) и 37% (7) мальчиков и девочек соответственно. Группы

по сравнению составили 16 соматически здоровых пациентов, средний возраст $2,1 \pm 0,4$ мес, 50% (5) мальчиков и 50% (5) девочек. В работе выполнено исследование гемограммы, коагулограммы и коагулологического теста — тромбодинамики на свежих образцах плазмы крови. Метод основан на регистрации фибринового сгустка, образующегося при активации свертывания локально на поверхности с иммобилизованным тканевым фактором. Определялись следующие параметры тромбодинамики: скорость (V, мкм/мин), время задержки роста сгустка (Tlag, мин), начальная скорость роста сгустка (Vi, мкм/мин), наличие/отсутствие спонтанных сгустков в объеме плазмы (показатель гиперкоагуляции). Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием компьютерных программ STATISTICA 6.0, Microsoft Excel 2010 в соответствии с принципами доказательной медицины с учетом t-теста с различными дисперсиями и критерия χ^2 Пирсона. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты. При оценке результатов тромбодинамики отмечалось статистически достоверное повышение скорости роста сгустка в основной группе $V-57,4 \pm 5,2$ мкмк/мин против $V-31,6 \pm 5,1$ мкмк/мин группы сравнения ($p=0,002$), при этом в подгруппе 1А данный показатель ($V-61,1 \pm 9,1$ мкмк/мин) был выше, чем в группе 1В ($V-53,1 \pm 5,1$ мкмк/мин). Начальная скорость роста сгустка в основной группе была также существенно выше $Vi-67,8 \pm 3,5$ в сравнении со 2 группой $Vi-49,8 \pm 3,8$ мкмк/мин ($p=0,003$). Спонтанные сгустки наблюдались в основной группе: у детей с положительными IgG в 100% случаев, а с отрицательными IgG в 93%. Время появления спонтанных сгустков в основной группе в среднем составило $9,1 \pm 1,1$ мин. В группе 1В данный показатель практически в 2 раза выше ($12,2 \pm 2,1$ мин) по сравнению с группой 1А ($6,9 \pm 0,9$ мин). В группе сравнения спонтанные сгустки зарегистрированы у 30% пациентов и время их появления составило $1,6 \pm 0,6$ мин ($p=0,001$). Значимой разницы между задержкой роста (1 группа $1,7 \pm 0,1$ мин. и 2 группа $1,6 \pm 0,2$ мин.) и плотностью сгустков (основная группа 20807 ± 1178 усл.ед. и 19979,1 ± 1888 усл.ед. группа сравнения) не выявлено. Отмечалось нарушение гемостаза у детей, рожденных от матерей

с COVID-19 за счет увеличения АЧТВ (активированное частичное тромбопластиновое время) у 30% (n=15) и тромбинового времени у 20% (n=10) исследуемых (при нормальных значениях МНО и ПТИ). В гемограмме обращало на себя внимание в первой группе в 50% (n=25) случаев повышение количества тромбоцитов выше нормы, в 22% (n=11) зарегистрирована лимфопения, в 20% (n=10) — эозинофилия, у 18% (n=9) детей отмечался лимфоцитоз. Во второй группе показатели общего анализа крови соответствовали возрастной норме. Показатели гемограммы детей сопоставлялись с нормативами для возраста по Е.Б. Владимирской (2002) (лейкоцитоз более 19 тыс., лейкопения менее 5,0 тыс., лим-

фоцитоз более 56%, нейтрофилез более 35%, эозинофилия более 3%).

Выводы. У детей, родившихся от матерей с новой коронавирусной инфекцией SARS-CoV-2, имеются гиперкоагуляционные нарушения системы гемостаза, которые обуславливают состояние повышенной тромботической готовности. Тест тромбодинамики является более высокочувствительным и позволяет заметить изменения на более ранних стадиях. Таким образом, тест тромбодинамики может быть рекомендован в качестве потенциального инструмента для персонализированного подхода к мониторингу системы гемостаза у детей, рожденных от женщин с COVID-19.

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА ПОСЛЕ ПРИЕМА НОВОГО ПРОТИВОВИРУСНОГО ПРЕПАРАТА ФАВИПИРАВИР

Косарева Александра Сергеевна, Кроваткина Мария Александровна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Кетова Галина Григорьевна

Южно-Уральский государственный медицинский университет. 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, д. 64.

E-mail: caramel_ice@mail.ru

Ключевые слова: *коронавирусная инфекция; синдром Лайелла; фавипиравир; инфекционно-токсический шок.*

Введение. Новая коронавирусная инфекция ворвалась в повседневную жизнь каждого жителя нашей планеты и к настоящему моменту стала неотъемлемой ее частью. С момента ее появления менялись методы диагностики, лечения, создавались вакцины и лекарственные препараты. Так на основе нуклеозидного аналога, разработанного японской компанией FUJIFILM Toyama Chemical Co., Ltd. в 2002 году, в России появился новый противовирусный препарат, действующим веществом которого является фавипиравир.

Цель исследования. Описание случая развития синдрома Лайелла после приема нового противовирусного препарата против новой коронавирусной инфекции.

Материалы и методы. В декабре 2021 года в инфекционное отделение Клиники ФГБОУ ВО ЮУГМУ поступает пациентка И. Л. Р. 1986 года рождения с предварительным диагнозом: инфекционный дерматит.

Результаты. Из анамнеза заболевания известно, что данная пациентка до момента поступления считала себя больной неделю, за медицинской помощью в амбулаторное звено не обращалась. 28.11.21 самостоятельно диагностировав у себя признаки новой коронавирусной инфекции, приобрела противовирусный препарат Фавипиравир под торговым наименованием Авифавир, завод-производитель: ИИХР АО (Россия). В тот же день вечером приняла стандартную дозу согласно инструкции к препарату. На следующее утро 29.11.21 в 04:00 ощутила нестерпимый зуд и повышение температуры тела до 38,4 °С. Лихорадку купировала приемом парацетамола с положительным эффектом. В дальнейшем сыпь распространялась с головы, на шею и далее на грудную клетку. 30.11.21 лихорадка нарастала, пациентка повторно осуществила вызов бригады скорой медицинской помощи. Женщина была доставлена в приемный покой одной из городских больниц г. Челябинска, где проведен ряд обследований. По результатам лабораторных исследований обнаружена тромбоцитопения, лимфопения. По результатам рентгенологического исследования грудной клетки: данных за пневмонию

нет. С диагнозом острый дерматит бактериальной этиологии направлена в Клинику ФГБОУ ВО ЮУГМУ, куда и была госпитализирована. При осмотре в инфекционном отделении выставлен диагноз: токсикодермия тяжелого течения. Вечером 30.11 лихорадка достигла гиперпиретических значений, десатурация, в связи с чем пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии. На фоне снижения витальных функций сыпь прогрессировала, развивалась тотальная эритема. С 01.12.21 отмечены участки отслоения эпидермиса. Собран консилиум с участием анестезиологов-реаниматологов, клинических фармакологов, инфекционистов, дерматовенерологов. Консилиум констатировал отсутствие инфекционной патологии и выставил диагноз: Острый токсический эпидермальный некролиз. Хочется отметить, что аллергоанамнез пациентки не отягощен, аллергические реакции в течение жизни категорически отрицала. В виду этого следует отметить, что деталь в анамнезе заболевания, которая привлекла внимание — прием фавипиравира накануне развития кожных реакций. С 01.12.2021 начата пульс-терапия метилпреднизолоном 1000 мг 1 раз в день, так же 01.12.2021 проведен сеанс гемосорбции, продолжалась антибактериальная терапия. 02.12.2021 проведен сеанс плазмафереза. В то же время отслойка эпидермиса прогрессировала. Отмечалась отслойка эпидермиса верхней половины тела, слизистых ротовой полости, конъюнктив, половых путей. Лабораторно прослеживалась лейкопения, тромбоцитопения, рост воспалительных маркеров. На фоне продолжающейся интенсивной терапии в виде: пульс-терапии до 7 раз, инфузионной терапии, включая компоненты крови, плазмафереза, антибактериальной терапии (линезолид 600 мг в/в кап 2 раза в день, меропенем 1,0 в/в капельно 3 раза в день, с последующей коррекцией дозы в зависимости от уровня клиренса креатинина) — динамика продолжала оставаться отрицательной. Площадь отслоения эпидермиса приблизилась к тотальной. С 04.12.2021 рентгенологически описана двусторонняя пневмония. Появились и в дальнейшем прогрессировали электролитные нарушения, при-

знаки полиорганной недостаточности, интоксикационного делирия, требующего седации. С 07.12.21 в виду выраженной дыхательной недостаточности, требующей инвазивной кислородной поддержки, пациентка переведена на ИВЛ через интубационную трубку. 08.12.21 появились признаки гипоккоагуляции. Открылось профузное кровотечение из деэпителизированных участков спины, результатом чего стала массивная кровопотеря, приведшая к нарастанию явлений шока. Несмотря на проведение мероприятий по коррекции полиорганной недостаточности, симптоматическую терапию, предупреждение развития инфекционно-токсического шока, пациентка 09.12.2021 скончалась после безуспешных реанимационных мероприятий. Учи-

тывая предполагаемую связь развития синдрома Лайелла с приемом фавипиравира, заполнена и направлена в Федеральную службу Росздравнадзора карта-извещение о нежелательной реакции на подозреваемый препарат.

Выводы. Данный случай демонстрирует негативный эффект самостоятельного назначения лекарственного препарата. Новая коронавирусная инфекция у данной пациентки не подтвердилась. Прием фавипиравира был не обоснован. Следует отметить, что лекарственные взаимодействия данного препарата, а также фармакогенетика недостаточно изучены и требуют дополнительного изучения и пристального внимания лечащих врачей при назначении данного препарата.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ РЕАБИЛИТАЦИИ У ПАЦИЕНТОВ С ПОСТКОВИДНЫМ СИНДРОМОМ

Заставная Анастасия Александровна

Научный руководитель: заведующий кафедрой «Медицинская реабилитация ДПО», д.м.н., профессор Вадим Адильевич Ахмедов

Омский государственный медицинский университет. Кафедра медицинской реабилитации ДПО. 644099, г. Омск, ул. Ленина, д. 12. E-mail: noire_chat@mail.ru

Ключевые слова: постковидный синдром; реабилитация; немедикаментозные методы; лечение.

Введение. С 2020 года COVID-19 внес в наш мир большие изменения. Огромное количество людей перенесли новую коронавирусную инфекцию, разной степени тяжести, с поражением различных органов и систем. Симптомы, сохраняющиеся после перенесенного заболевания, могут длительное время влиять на качество жизни и работоспособность людей. Данный симптомокомплекс получил название «постковидный синдром», который включает в себя астению, одышку, лабильность артериального давления, тахикардию, нарушение сна, снижение памяти и концентрации внимания, тревожно-депрессивные расстройства и другие симптомы. Конечно же, такие пациенты нуждаются в проведении комплексной медицинской реабилитации.

Цель исследования. Оценка эффективности реабилитации у пациентов с постковидным синдромом на втором этапе реабилитации.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 30 пациентов с постковидным синдромом, поступивших на 2 этап реабилитации в Центр восстановительной терапии «Русь», из них 15 мужчин 15 женщин, средний возраст женщин $60,1 \pm 15,5$, мужчин $59 \pm 16,5$. Все пациенты получали симптоматическую медикаментозную терапию, включающую в себя гипотензивные, метаболические, нейропротективные, седативные и другие препараты. В комплекс немедикаментозных методов была включена лечебная дыхательная гимнастика, вибрационный массаж грудной клетки, физиотерапевтические методы лечения (магнитотерапия на область грудной клетки и ингаляционная терапия бронхолитическими и муколитическими препаратами), психотерапия (индивидуальные и групповые занятия с медицинским психологом). Фоном являлись рациональное питание, режим дня, прогулки на свежем воздухе. Двигательный режим — щадящий или щадяще-тренирующий. Для контроля эффективности использовались тест с 6-минутной ходьбой с оценкой одышки по шкале Борга, гипоксические пробы (Штанге и Генчи), шкала тревоги и депрессии HADS. Курс лечения

составил 14 дней. Результаты были обработаны с помощью программы SPSS Statistics с расчетом параметрических критериев.

Результаты. При поступлении пациенты предъявляли следующие жалобы: 30 человек (100%) предъявляли жалобы на повышенный уровень тревожности, сниженное настроение и повышенный уровень утомляемости. 10 человек (33% — 7 женщин и 3 мужчин) высказывали жалобы на нарушения сна и снижение концентрации внимания. 25 (83% — 15 женщин и 10 мужчин) человек обращают внимание на одышку при физической нагрузке, тахикардию и лабильность артериального давления. Также на проблемы с памятью предъявили жалобы 12 (40% — 8 женщин, 4 мужчин) человек. Далее клинического обследования и тестирования показали снижение толерантности к физической нагрузке, снижение устойчивости к гипоксии, снижение жизненной емкости легких, тревожные и депрессивные расстройства (показатели по шкале HADS до мероприятий у женщин тревога 9 ± 1 , депрессия 8 ± 1 ; у мужчин тревога 8 ± 1 , депрессия 7 ± 1 балл). После проведенного курса лечения улучшилось субъективное состояние пациентов, снизилась симптоматика субклинической тревоги и депрессии, о чем говорят результаты опросника по шкале HADS после реабилитационных мероприятий: данный показатель у женщин тревога 6 ± 1 , депрессия 6 ± 1 балл; у мужчин тревога 6 ± 1 , депрессия 4 ± 1 балл. По данным среднего диапазона нормы ТШХ после проведенного реабилитационного комплекса женщины получили следующие результаты: 90,7% от нижней границы нормы и 73,95% от верхней границы нормы соответственно. У мужчин показатель от нижней границы нормы составляет 120,04% и 88,45% от верхней границы нормы соответственно. После реабилитационного комплекса у женщин прирост составил 13,64% от нижней границы нормы и 9,55% от верхней границы нормы соответственно. У мужчин прирост составил 13,74% от нижней границы нормы и 10,25% от верхней границы нормы соответственно. Показатели пробы Штанге у женщин

выросли на 5 с, у мужчин на 6 с, показатели пробы Генчи у женщин увеличились на 2,5 с, у мужчин на 3,2 с.

Заключение. Результаты проведенного исследования демонстрируют, что на фоне данного курса реабилитации у большинства пациентов мы получи-

ли положительную динамику. На фоне комплексных мероприятий, состоящих из медикаментозных и немедикаментозных методов лечения мы можем наблюдать улучшение физического и эмоционального состояния пациентов, что способствует их возвращению к привычной жизни и трудовой деятельности.

ЭВОЛЮЦИЯ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ГРИППА В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Кузнецова Ульяна Евгеньевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Эсауленко Елена Владимировна, к.м.н., доцент Басина Валентина Владимировна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра инфекционных болезней взрослых и эпидемиологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: ue.kuznetsova@gmail.com

Ключевые слова: грипп; противовирусная терапия; осельтамивир; занамивир; балоксавир.

Введение. Грипп остается практически неконтролируемой глобальной инфекцией, наносящей колоссальный социально-экономический ущерб государствам. Пандемии гриппа развиваются 3 раза в столетие, унося жизни до 20% населения земного шара. Ежегодно в мире гриппом и ОРВИ заболевают до 500 млн. человек (10–20% населения), в 3–5 млн. случаев инфекция протекает в тяжелой или осложненной форме с сотнями тысяч летальных исходов [1].

Цель исследования. Рассмотреть эволюцию противовирусной терапии гриппа в начале XXI века.

Материалы и методы. Проведен анализ литературы, рассмотрена этиологическая структура гриппа у пациентов, госпитализированных в СПб ГБУЗ «Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина» в сезон эпидемического подъема заболеваемости 2014–2015 гг. (n=159) с оценкой эффективности осельтамивира. Пациенты разделены на две группы: получавшие (n=105) и не получавшие (n=54) терапию осельтамивиром. Статистическая обработка данных выполнена с помощью пакета программ R. Для сравнения применялись непараметрические методы (U-критерий Манна–Уитни).

Результаты. Широкое применение интраназальных форм интерферона (ИФН) началось в конце 1960-х годов и продолжалось вплоть до 2000-х годов. С 2002 г. стали применяться индукторы интерферона (Циклоферон, Кагоцел). Циклоферон обладает противовирусным, иммуностимулирующим, противовоспалительным эффектами. Кагоцел зарегистрирован в 2003 г., применяется начиная с 2005 г. и по настоящее время. Ингибиторы М2-каналов — римантадин и амантадин — противовирусные средства, ингибирующие раннюю стадию специфической репродукции после проникновения вируса в клетку и до начальной транскрипции РНК. Римантадин применялся с 1975 г. по 2009 г. Его эффективность подтверждалась клиническими испытаниями. Применение ингибиторов М2-каналов привело к появлению резистентных штаммов вируса гриппа А сначала в США, Канаде, странах Азии, а затем и в России [2]. В 2009 г. было установлено, что вирус A(H1N1) pdm09 устойчив к римантадину и амантадину. В 2008 г. разработан новый препарат — Ингавирин, который эффективно использовался в 2007–

2008 гг., но с появлением вируса A(H1N1) pdm09 оказался не эффективным. Ингибитор гемагглютина — Арбидол (умифеновир), зарегистрирован в СССР в 1974 г., эффективно применяется в период эпидемий гриппа с 1990 г. Нейраминидаза — фермент, обеспечивающий высвобождение образованных вирусных частиц из инфицированных клеток [3, 4]. В пандемию гриппа A(H1N1) pdm09 (2009) начинает использоваться осельтамивир (Тамифлю, Номидес), он признается ВОЗ как «золотой стандарт» лечения [5] и успешно применяется по настоящее время. Занамивир (Реленза) не рекомендован для детей дошкольного возраста, пожилых и пациентов с хроническими заболеваниями бронхов, так как применяется в виде сухих ингаляций [6]. Перамивир — парентеральный препарат, зарегистрированный в РФ в 2020 г. и не получивший широкого применения из-за распространения COVID-19 [7]. Балоксавир марбоксил воздействует на кэп-зависимую эндонуклеазу подавляя репликацию вируса. Зарегистрирован в 2020 г., но не приобрел широкого распространения из-за высокой стоимости. В нашем исследовании доля вируса A(H1N1) составила 42% (n=67), A(H3N2) — 31% (n=49), B — 20% (n=32), микст-формы: A(H1N1)+A(H3N2) — 3% (n=5); A(H3N2)+B — 2% (n=3). При поступлении пациенты жаловались на повышение температуры в 100%, слабость в 80%, боль в мышцах в 75%, боли в суставах в 24%, головную боль в 64%, головокружение в 21%, светобоязнь в 43%, снижение аппетита в 54%, тошноту в 42%, рвоту в 4%. У всех отсутствовала вакцинация против гриппа. В 96% заболевание протекало в средней тяжелой форме, в 4% в тяжелой. В 2% (n=3) заболевание протекало с явлениями менингизма. Максимальная температурная реакция $38,8 \pm 1,3^{\circ}\text{C}$ возникала на $2,9 \pm 1,0$ день болезни с тенденцией к снижению в дальнейшем. Выявлено что температура на 3–5 день болезни в группе принимавших осельтамивир ($Me\ 36,8(Q1/Q3; 36,4/38,2)$) в 1,1 раза меньше, чем у не принимавших ($Me\ 38,5(Q1/Q3; 37,2/38,8)$, $p=0,04$). Продолжительность лихорадки в 1 группе составила $6,7 \pm 2,8$ дней, что было в 1,4 раза меньше, чем во 2 группе — $9,4 \pm 4,8$ дней, $p=0,034$. В 1 группе к 3–5 дню болезни чаще снижалась частота возникновения снижения аппетита, тошноты, слабости и ознобов; $p=0,04$, $p=0,007$

и $p=0,05$. Койко-день и длительность заболевания в 1 группе были меньше, чем во 2 группе: Ме 7(Q1/Q3;6/12) и Ме 9,5(Q1/Q3;7,7/13,2) койко-день, $p=0,05$ и длительность болезни Ме 9(Q1/Q3;7,7/13) и Ме 11(Q1/Q3;9/16,5) дней, $p=0,045$ соответственно.

Заключение. В настоящее время эффективностью и безопасностью в отношении гриппа обладают ингибиторы нейраминидазы и кэп-зависимой эндонуклеазы. Препарат осельтамивир уменьшает выраженность и длительность симптомов гриппа у взрослых на срок до 1–2 дней, нормализует температуру тела к 3–5 дню болезни (30%) и интоксикацию (25–40%) при инфицировании вирусами гриппа А(Н1N1), А(Н3N2), В. Осельтамивир является единственным лицензированным препаратом, доступным для всех возрастов.

ЛИТЕРАТУРА

1. World Health Organization et al. Pandemic influenza preparedness (PIP) framework: partnership contribution (PC) preparedness high-level implementation plan II 2018–2023. 2021.
2. Бакрадзе М.Д. и др. Ингибиторы нейраминидазы новые возможности в лечении гриппа // Педиатрическая фармакология. 2007. Т. 4. № 2. С. 38–47.
3. Centers for Disease Control and Prevention et al. Influenza antiviral medications: summary for clinicians. 2021.
4. Nicholson K.G. et al. Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomised controlled trial // The Lancet. 2000. Т. 355. № 9218. С. 1845–1850.
5. Centers for Disease Control and Prevention et al. Influenza antiviral medications: summary for clinicians. 2018 // Available on: <https://www.cdc.gov/flu/professionals/antivirals/summary-clinicians.htm> (Accessed on December 10, 2018). 2018.
6. Деева Э.Г. Грипп. На пороге пандемии. ГЭОТАР-Медиа, 2008.
7. McLaughlin M.M., Skoglund E.W., Ison M.G. Peramivir: an intravenous neuraminidase inhibitor // Expert opinion on pharmacotherapy. 2015. Т. 16. № 12. С. 1889–1900.

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РОЛЬ УЛЬТРАЗВУКОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ

Максёнова Кристина Алексеевна, Канева Мария Александровна

Научный руководитель: Елена Владимировна Синельникова — д.м.н., заведующая кафедрой лучевой диагностики и биомедицинской визуализации ФП и ДПО;

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра лучевой диагностики и биомедицинской визуализации ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург. Литовская ул., д. 2. E-mail: kristinamaksenkova@gmail.com

Ключевые слова: спондилоэпифизарная дисплазия; поздняя форма; ювенильный идиопатический артрит; ультразвуковая диагностика.

Введение. Спондилоэпифизарная дисплазия является редким генетическим заболеванием с частотой от 1 до 4 случаев на миллион населения.

Это гетерогенная группа системных костных заболеваний с преимущественным поражением тел позвонков и эпифизов трубчатых костей. Прогрессирующая дегенерация суставного хряща и преждевременный остеоартроз наблюдаются во многих суставах. Существует два типа спондилоэпифизарной дисплазии в зависимости от возраста начала и клинической тяжести: врожденная и поздняя. Основное клиническое значение поздней спондилоэпифизарной дисплазии заключается в сходстве жалоб с ювенильным идиопатическим артритом, который имеет другой протокол лечения. Поздняя спондилоэпифизарная дисплазия отличается от воспалительного артрита отсутствием синовита и ответа на антиревматоидное лечение.

Цель исследования. Описать клинический случай о роли лучевых методов исследования в дифференциальной диагностике спондилоэпифизарной дисплазии у пациента 11 лет.

Материалы и методы. Катамнестический метод исследования.

Результаты. Пробанд, девочка 11 лет, поступила в плановом порядке для обследования и определения дальнейшей тактики терапии.

С 3 лет ребенок опирался на руки при подъеме из положения сидя. С возрастом появились боль, скованность и нарушения движений в коленных суставах. В 8 лет возникли быстрая утомляемость при ходьбе, затруднение при подъеме по лестнице.

В 10 лет появились боли в спине, плохая переносимость нагрузки, нарушение роста ногтевых пластин, клинически — отечность коленных и голеностопных суставов, боль при движении в коленных, голеностопных, височно-нижнечелюстных суставах, боль при пальпации в обла-

сти крестца, ахиллобурсит. Установлен диагноз: Юношеский идиопатический артрит. Назначена базисная иммуносупрессивная терапия метотрексатом 12 мг/неделю, далее доза увеличена до 15 мг/неделю.

Наследственность: у отца подагра, по папиной линии у бабушки — ревматизм, у дяди — ревматоидный артрит, у двоюродного брата — ювенильный ревматоидный артрит.

Физикальные данные: вес — 41,5 кг, рост — 148 см. При объективном осмотре обнаружена деформация коленных суставов, преимущественно за счет периартикулярных изменений, сглаженность лодыжек. Боль при движении в подтаранном суставе справа. Лабораторные данные: СРБ 3,8 мг/л, ревматоидный фактор 9,8 МЕ/мл, ANA + (титр 1:640).

На рентгенограммах коленных суставов выявлена неравномерность рентгеновских суставных щелей с обеих сторон за счет неровности контуров суставных поверхностей с наличием субхондрального склерозирования, узураций и краевых костных разрастаний (неспецифические признаки). Были обнаружены УЗ-признаки неравномерного утолщения гиалинового хряща и выраженная неравномерность окостенения эпифизов бедренных, большеберцовых, плечевых костей. МР-картина синовита правого голеностопного сустава показала трабекулярный отек таранной кости, II плюсневой кости, ладьевидной кости. Субхондральный дефект таранной кости. Обнаружены МР-признаки перестройки костно-хрящевой ткани костей правого коленного сустава. Хондромалиция хряща костей правого коленного сустава?

Первоначально изменения на рентгенограммах трактовались как артрит с деструктивными изменениями в суставах. Фоновая патология хряща была заподозрена по результатам ультразвукового исследования. Благодаря результатам УЗИ терапию метотрексатом рекомендовано было отменить.

Ребенок был консультирован профессором, д.м.н. Костиком М.М. Диагноз — Спондилоэпифизарная дисплазия.

Выводы. Спондилоэпифизарная дисплазия имеет большое клиническое значение, поскольку прогрессирующая деформация суставов, а также отек костей имитируют воспалительные ревматические заболевания, такие как ювенильный идиопатический артрит или ревматоидный артрит. Тщательно проведенная дифференциальная диа-

гностика позволяет избежать ненужного иммуносупрессивного лечения.

Представленный клинический пример иллюстрирует большие диагностические возможности методов лучевой диагностики в выявлении признаков поздней спондилоэпифизарной дисплазии. Ультразвуковое исследование высокого разрешения может являться информативным методом визуализации для диагностики изменений опорно-двигательного аппарата.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СОСТОЯНИЙ ПРИ РАЗНОВЕЛИКИХ ПОЧКАХ

Максёнова Кристина Алексеевна

Научный руководитель: к.м.н. Столова Эмилия Наумовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Кафедра лучевой диагностики и биомедицинской визуализации ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2.

E-mail: kristinamaksenkova@gmail.com

Ключевые слова: феномен щелкунчика; гипоплазия почки; гидронефроз; нефросклероз; сморщенная почка.

Введение. работа посвящена вопросам комплексной диагностики разновеликих почек. Диагностика заболеваний мочевой системы является одной из самых актуальных проблем педиатрии, детской урологии и нефрологии.

Совершенствование методов дифференциальной диагностики позволяет за короткий срок поставить диагноз, выбрать тактику ведения и лечения пациента.

Современные диагностические методы (ультразвуковое, рентгенологическое и радионуклидное исследования) позволяют достоверно оценить состояние почечной паренхимы, размер и функцию почек, наличие аномалий развития. Одним из наиболее информативных методов оценки почечного кровотока являются цветное доплеровское картирование и импульсно-волновое доплерометрия.

Цель исследования. описать клинический случай дифференциальной диагностики у пациента 16 лет 5 мес с разновеличием почек.

Материалы и методы. Катamnестический метод исследования.

Результаты. пробанд, мальчик 16 лет 5 мес, госпитализирован в нефрологическое отделение СПбГПМУ в плановом порядке для обследования и определения тактики дальнейшего ведения. Диагноз при поступлении: Врожденный гидронефроз. Ранее был госпитализирован по поводу болей в животе. На основании ультразвуковых изменений были выявлены разновеликие почки — левая больше правой.

Физикальные данные: вес 44 кг, рост 166 см, ИМТ=16 — недостаточная масса тела, t 36,6 °C, ЧСС 86 ударов/минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Мочеиспускание безболезненное, свободное, дизурических явлений нет. Диурез адекватный, достаточный. Лабораторные данные: СОЭ 2 мм/ч (1–15), ренин 37,5 пг/мл (2,79–61,83), мочевины 4,4 ммоль/л (3,0–7,5), креатинин 0,064 ммоль/л (0,044–0,097). Патологии в анализах мочи нет.

При ультразвуковом исследовании на основании специфических признаков ультразвуковой картины у пациента заподозрен феномен щелкунчика. Правая почка: имеет объем 75,9 см³, левая

почка — 151,9 см³. Подозрение на компрессию левой почечной вены между верхней брыжеечной артерией и аортой, проксимальный размер левой почечной вены 0,16 см, дистальный размер 0,97 см. Угол отхождения верхней брыжеечной артерией <20 градусов (норма 25–60).

Дифференциальная диагностика уменьшения размеров правой почки проводилась между гипоплазией, дисплазией, аплазией и сморщенной почкой. Увеличенный размер левой почки дифференцировали между феноменом щелкунчика, гидронефрозом и компенсаторной гипертрофией почки при уменьшении размеров контралатеральной почки вследствие различных причин.

Для исключения аномалий развития была выполнена в/в урография. На серии урограмм почки обычно расположены, ЧЛС слева расширена, эвакуация контраста из левой почки замедленная. К 25 минуте исследования мочевой пузырь заполнен минимально. Выставлен предположительный диагноз: Гипоплазия правой почки? Была проведена реносцинтиграфия: для оценки функции почек и размеров. Морфологическое состояние левой почки практически удовлетворительное; темп накопления слегка замедлен, эвакуация резко удлинена за счет задержки радиофармпрепарата (Технемаг — 99mTc) в проекции пиелoureтерального сегмента. Морфофункциональное состояние паренхимы правой почки удовлетворительное. Для исключения феномена «щелкунчика» была проведена доплерография сосудов почки. УЗДГ-признаков гемодинамически значимых изменений сосудов почек выявлено не было. Аорторенальное отношение не нарушено.

На основании полученных данных диагностирована гипоплазия правой почки, ПНО.

Выводы. Дифференциальный диагноз разновеликих почек необходимо проводить в отношении увеличения или уменьшения какой-либо почки по сравнению с нормой. Окончательное суждение о характере патологии возможно при комплексном обследовании с учетом анамнеза, клинико-лабораторных показателей, ультразвукового, рентгенологического и радионуклидного обследования.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ДИАГНОСТИКА АБСЦЕССОВ ПОЧКИ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ У РЕБЕНКА

Пешкова Анна Андреевна

Научный руководитель: к.м.н. Столова Эмилия Наумовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра лучевой диагностики и биомедицинской визуализации ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: anechka_peshkova@mail.ru

Ключевые слова: клинический случай; ультразвуковое исследование; пиелонефрит; абсцесс почки; нагноение кисты.

Введение. Абсцесс почки является редким и одним из опасных осложнений пиелонефрита. Ультразвуковая диагностика является стандартным скрининговым методом при подозрении на развитие осложнений пиелонефрита и аномалий развития почки, что является важным при выборе правильной тактики лечения.

Цель исследования. Продемонстрировать возможность ультразвукового метода диагностики при выявлении гнойных осложнений пиелонефрита.

Материалы и методы. Катамнестический метод исследования.

Результаты. Пациентка Г. 17 л. госпитализирована с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры до 39,5 °С. Около 5 дней назад появились боли в животе без проявления дизурии. Находясь на амбулаторном лечении, получала нестероидные противовоспалительные препараты. СМП была доставлена в ДПО с диагнозом: Острый живот? Острый аппендицит? Была осмотрена хирургом, осмотрена дежурным хирургом — данных за острую хирургическую патологию органов брюшной полости не было выявлено. При поступлении в анализы крови выявили лейкоцитоз ($10,10 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

СОЭ — 34 мм/ч, С-реактивный белок — 151,4 мг/л. В анализе мочи лейкоциты 56 в поле зрения. На УЗИ визуализируется анэхогенное, аваскулярное образование в нижнем полюсе право

почки. Кистозное образование? Учитывая толстые стенки образования, изоэхогенные включения в просвете — нельзя исключить абсцесс. Так же наблюдается гипоехогенные, аваскулярные участки деструкции (карбункулы?). Отечно-инфильтративные изменения обеих почек. МСКТ подтвердило формирование очагов деструкции в правой почке.

Диагноз: Острый пиелонефрит, активность 3, ПНО. Абсцессы правой почки.

Назначена антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Благодаря лечению появилась положительная динамика в клинико-лабораторных и инструментальных показателях по сравнению с данными на момент поступления.

Выводы. Ультразвуковое исследование при пиелонефрите имеет целью не столько констатацию диагноза, сколько пристальное изучение состояния паренхимы с целью своевременной диагностики гнойных осложнений пиелонефрита.

Особенностью данного клинического случая явилось вероятное инфицирование (вследствие высокоактивного пиелонефрита) имеющейся, но не диагностированной ранее кисты почки (обнаруженной при обследовании, проведенном перед выпиской).

Таким образом, еще раз продемонстрирована важность метода ультразвуковой диагностики в своевременном выявлении гнойных осложнений, формировании оптимальной тактики лечения, обеспечивающей благоприятный прогноз заболевания.

НЕВРОЛОГИЯ

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЫ
ШЕЙНОЙ СПОНДИЛОГЕННОЙ МИЕЛОПАТИИ
НА ФОНЕ РЕТРОСПОНДИЛОЛИСТЕЗА С3 ПОЗВОНКА
С ВЫРАЖЕННЫМ СТЕНОЗОМ ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА
У ПАЦИЕНТА С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ****Соловьев Дмитрий Евгеньевич**

Научный руководитель: к.м.н., доцент Минин Алексей Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неонатологии с курсами неврологии и акушерства и гинекологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: miteky@mail.ru

Ключевые слова: миелопатия; стеноз позвоночного канала; ВИЧ-инфекция; диагностика.

Введение. Миелопатия в виду сложности и ряде случаев не специфичности клинической картины, может длительно оставаться без лечения, приводя в случае своего прогрессирования к ухудшению качества жизни и высокому уровню инвалидизации. Случай описывает клиническую картину пациента, долгие годы наблюдавшегося с хронической инфекцией центральной нервной системы. Прогрессирующие двигательные нарушения были расценены как проявление ВИЧ-ассоциированного поражения центральной нервной системы (ЦНС). Прогрессирующие нарушения центральных двигательных функций могут длительно оставаться не раскрытыми при уровне поражении верхнего шейного отдела. Актуальность данной проблемы состоит в выявлении миелопатии обусловленной тяжелой прогрессирующей инвалидизацией, как в виде, медленно прогрессирующего нервного дефицита, так и осложнений за счет острого нарушения спинального кровообращения.

Цель исследования. Описать клинический случай длительного течения шейной спондилогенной миелопатии с тяжелым инвалидизирующим исходом.

Материалы и методы. Была проанализирована история болезни пациента с шейной спондилогенной миелопатией на фоне ретроспондилолистеза С3 позвонка с выраженным стенозом позвоночного канала у пациента с ВИЧ-инфекцией.

Результаты. Пациент М 34 года с 1992 наблюдается в РКИБ с ВИЧ-инфекцией. В течение многочисленных госпитализаций был установлен диагноз ВИЧ-энцефалопатия, что объясняло прогрессирующий неврологический дефицит пациента. Пациент динамически для оценки ЦНС проходил только МРТ головного мозга. При поступлении в инфекционное отделение «ФКУ РКИБ» в июне 2022 г. был направлен на консультацию к неврологу. При осмотре

беспокоили жалобы на выраженные двигательные нарушения, регресс навыков локомоции, участвовавшие падения. Из анамнеза известно, что пациент с отягощенным перинатальным анамнезом, перенес выдавливание в родах, на вторые сутки развились проявления классической геморрагической болезни новорожденных, сопровождавшейся желудочно-кишечным кровотечением и внутрижелудочковым кровоизлиянием. Значительный прогресс в локомоции, повышение уровня самообслуживания, социального взаимодействия после 10 лет. С 2018 года отмечено нарастание двигательного дефицита, в большей степени за счет слабости в правых конечностях. Стал передвигаться только с помощью подручных средств. Также появилась тенденция к сокращению частоты мочеиспусканий с периодическими эпизодами учащенного мочеиспускания. В течение последних лет передвигается при помощи вспомогательных конструкций, появились периодические падения. Неврологический статус на момент поступления: Глазные щели: OS=OD, двусторонний экзофтальм с большей выраженностью на OS. Полуптоз, меняющий степень выраженности в течение суток, появившийся в течение последних 4 лет. Лицо симметричное, выраженная гипомимия. Речь: выраженная дизартрия смешанного генеза, быстро истощает силы в разговоре, преимущественно говорит отдельными словами. Язык: по средней линии, сложности с высовыванием языка, признаки сниженной моторики языка, речь: выраженная дизартрия. Сила в руках: проксимальный отдел 3 балла, дистальный 2 балла. Сила в ногах: проксимальный 2–3 балла, дистальный 1–2 балла. Сухожильные рефлексы: с верхних конечностей: D>S, с нижних конечностей: D>S, высокие, выше в нижних конечностях, расширение рефлексогенных зон, брюшные рефлексы резко снижены. Мышечный тонус: повышен в сгибателях пальцев правой

руки, в меньшей степени в проксимальной сгибательной группе. Сгибательная контрактура пальцев правой кисти, 2 балла по шкале Эшворта. Мышечный тонус в правой нижней конечности в большей степени повышен по типу дистонии. Патологические стопные и кистевые знаки: положительные с двух сторон. Мышечный тонус в руках и ногах повышен по пирамидному типу. В позе Ромберга неустойчив. Походка спастико-паретическая. Функции тазовых органов периодически не контролирует. На фоне моторного неврологического дефицита, было предложено проведение электронейромиографии, патологии не выявлено. Для исключения поражения двигательных путей на уровне шейного отдела спинного мозга предложена магнитно-резонансная томография шейного отдела позвоночника. За время болезни отмечает постепенное ухудшение неврологической симптоматики. При осмотре в сентябре 2022 были отмечены: регресс навыков локомоции, участвовавшие падения, нарушение функции тазовых органов по центральному типу. По данным инструментального исследования: МРТ ШОП от 09.2022. МР-картина распространенного остеохондроза и спондилоартроза шейного отдела позвоночника. Ретроспондилолистез С3 позвонка. Грыжи дисков С3/С4, С6/С7, С7/Th1. Миелопатия на уровне позвоночного диска С3/С4. Выраженные дегенеративно дистрофические изменения в сегментах С3–С4 позвонков.

Согласно полученным данным установлен диагноз: Энцефалопатия смешанного генеза (ВИЧ-ассоциированная, последствие геморрагически-ишемического поражения ЦНС). Ретроспондилолистез С3 позвонка с выраженным стенозом позвоночного канала. Грыжи дисков С3/С4, С6/С7, С7/Th1. Миелопатия на уровне С3/С4. Спастический тетрапарез с множественными контрактурами. Последствие церебрального синусно-венозного тромбоза. Синдром правосторонней дистонии. Выраженная дизартрия. Остеопороз? После полученных данных нейровизуализации запланировано оперативное лечение стеноза позвоночного канала. Пациенту 01.02.23 проведено оперативное вмешательство в центре травматологии и ортопедии имени Р.Р. Вредена — декомпрессия спинного мозга на уровне С3–С5, спондилосинтез; декомпрессивная ламинэктомия на уровне С4 позвонка, парциальная ламинотомия С3, С5 позвонков. Для дальнейшего лечения пациент поступил в РКИБ. Неврологический статус без отрицательной динамики.

Заключение. Данный случай демонстрирует низкую настороженность неврологов в выявлении спондилогенной миелопатии верхнего шейного отдела. При прогрессе симптоматики в виде центральных двигательных нарушений, выявление изменений спондилогенного характера, в случае с шейной миелопатией, позволяет избежать ухудшения неврологической симптоматики и, как следствие, инвалидизации пациента.

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ И ТАКТИКИ ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ТРАНЗИТОРНОЙ ИШЕМИЧЕСКОЙ АТАКОЙ НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Педь Анна Владимировна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гузева Валентина Ивановна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: annaped97@gmail.com

Ключевые слова: транзиторная ишемическая атака; острое нарушение мозгового кровообращения; инсульт.

Введение. Транзиторной ишемической атакой (ТИА) принято называть преходящий эпизод неврологической дисфункции, сохраняющийся до 24 часов, на фоне фокальной ишемии головного мозга без формирования морфологических признаков очага инфаркта [4]. Проблемы, связанные с ТИА у детей, недостаточно изучены. На основании данных Швейцарского регистра инсульта у детей (Swiss Neuro paediatric Stroke Registry) за период с января 2000 г. по декабрь 2012 г. частота ишемических инсультов и церебральных венозных тромбозов у детей в возрасте до 16 лет составляют 2,1/100 000 детей в год. Детский инсульт является заболеванием, которое может привести к инвалидизации. Выделяют ряд причин возникновения детского инсульта. При этом необходимо дифференцировать ТИА с ишемическим, геморрагическим инсультом, субарахноидальным кровоизлиянием, дебютом рассеянного склероза, острым периодом менингита, обморочным состоянием. [3,4]

Цель исследования. На примере клинического наблюдения показать значение раннего выявления причины и необходимости профилактики повторной ТИА.

Материалы и методы. Методология построена на изучении данных литературы об этапах диагностики острого нарушения мозгового кровообращения и дифференциальной диагностики. Для исследования использовались клинические и лабораторные методы, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая доплерография.

Результаты. Проводилось клиническое обследование больного П. 15 лет, у которого впервые возникли жалобы на фоне полного благополучия вечером после тренировки по боксу резко возникли интенсивное головокружение, выраженная головная боль и потемнение в глазах, затем возникла слабость и онемение в левых конечностях, не мог поднять руку. Со слов мальчика, потерял сознание. Находился в комнате один, родителей не звал, очнулся примерно через 4 часа, сила в конечностях восстановилась. Клинический и биохими-

ческий анализ крови, общий анализ мочи без изменений. По данным УЗИ признаки выраженного повышения тонуса в бассейне внутренней сонной артерии, умеренной венозной дисциркуляции в бассейне правой позвоночной вены и при поворотах головы на уровне С1–С2, венозной дисциркуляции в бассейне левой позвоночной вены. А также выявлены ТКДГ признаки умеренного повышения тонуса в средней и прямой мозговой артериях с двух сторон, реакция на функциональные пробы в виде гиперконстрикции. На магнито-резонансной томографии головного мозга очаговое поражение головного мозга не обнаружено. Представлена МРА-картина варианта нормального строения виллизиева круга.

Транзиторная ишемическая атака является эпизодом неврологического дефицита, который сохраняется до 24 часов, без формирования инфаркта. Установление причины занимает длительный период. Для диагностики необходимо тщательной сбор анамнеза, жалоб, клиническое обследование, нейровизуализацию, «золотым стандартом» является магнитно-резонансная томография, МР-ангиография сосудов головного мозга, ультразвуковая доплерография. Таким образом, проводят комплексную оценку состояния мозгового кровообращения. Выполняют коагулограмму, контролируют артериальное давление, проводят системное мониторирование артериального давления.

Выводы. В заключение можно отметить, что установить непосредственную причину развития ТИА не всегда представляется возможным. Особенно отмечается сложность диагностики в дебюте заболевания. Возникают трудности в установлении его причины. Требуется диспансеризация, наблюдение невролога, постоянный контроль артериального давления, контрольный осмотр после выполнения рекомендаций, в дальнейшем не реже 1 раз в полгода выполнение коагулограммы, ультразвуковой доплерографии, системного мониторирования артериального давления, при необходимости консультация окулиста, гематолога, кардиолога. Такое

комплексное наблюдение необходимо для профилактики повторных ТИА.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зыков В.П., Киссель А.Е., Щедеркина И.О. Актуальные проблемы диагностики и лечения детского ишемического инсульта // Педиатрия. Трудный пациент. 2018 Т. 16, № 8–9. С. 37–44.
2. Инсульт и цереброваскулярная патология у детей и подростков: руководство для врачей/ под редакцией И.О. Щедеркина. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 448 с. DOI 10/33029/9704-6316-1-SCP-2022-1-448.
3. Клинические рекомендации. Ишемический инсульт и транзиторная ишемическая атака у взрослых. Год утверждения: 2022. Разработчик клинической рекомендации: Всероссийское общество неврологов. Национальная ассоциация по борьбе с инсультом. Ассоциация нейрохирургов России. МОО Объединение нейроанестезиологов и нейрореаниматологов. Союз реабилитологов России.
4. Львова, О.А. Ишемические инсульты и транзиторные ишемические атаки у детей: клинические и молекулярно-генетические аспекты течения, прогнозирование исходов, тактика динамического наблюдения. Екатеринбург, 2017. 249 с.
5. Федеральное руководство по детской неврологии. Под редакцией В.И. Гузевой. 2016 года.
6. The diagnostic and acute management of childhood stroke. Clinical guideline. 2017.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СИНДРОМА ШИММЕЛЬПЕННИНГА–ФЕЙЕРШТЕЙНА–МИМСА

Александрова Виктория Васильевна, Граненкова Наталья Андреевна

Научные руководители: ассистент кафедры педиатрии имени ак. А.Ф. Тура Макарова Елизавета Юрьевна, ассистент кафедры онкологии, детской онкологии и лучевой терапии Кондратьев Глеб Валентинович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра педиатрии имени ак. А.Ф. Тура. Кафедра онкологии, детской онкологии и лучевой терапии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: vikysia_alika@rambler.ru.

Ключевые слова: синдром Шиммельпеннинга; сальный невус; эпидермальный невус с неврологическими аномалиями.

Введение. Актуальность данной темы обусловлена тем, что из-за большого риска вовлечения нескольких органов неспособность распознать синдром Шиммельпеннинга может привести к неспособности диагностировать потенциально серьезное или опасное для жизни заболевание.

Цель исследования. изучить литературу по синдрому Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса и описать клинический случай ребенка с данным заболеванием.

Материалы и методы. Изучена история болезни мальчика 7 месяцев с диагнозом синдром Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса. Для изучения этиологии, тяжести и динамики течения синдрома анализировали анамнез, жалобы, данные осмотра, изменения лабораторных и инструментальных показателей, методы терапии. Проанализированы опубликованные материалы на ресурсе PubMed о данном синдроме за период с 1950 по 2022 год.

Результаты. Ребенок от первой осложненной беременности, рожденный путем кесарева сечения на 38 неделе беременности. Ребенок после рождения закричал сразу, по Апгар 7/8. На кожных покровах в области лица образование в виде сального невуса, который распространялся симметрично слева и справа, затрагивая области щек, ушные раковины, височные области, с середины лобной области лица переходил на нос и окружность губ, шеи. Слизистая полости рта была так же в данном образовании на твердом небе. Затылочная часть головы была тоже покрыта невусом. Единичные

сальные образования отмечались на спине, грудине слева, животе и на левой ноге. Был поставлен диагноз — синдром Шиммельпеннинга. Парез лицевого нерва справа. Орофациальная дисфункция. При осмотре пульмонологом поставлен диагноз — аспирационный синдром. Хронический бронхолит, вне обострения. ХДН 1–0 ст. Гастроэнтеролог — ФРЖКТ, кандидоз, пищевая аллергия? Кардиолог — Кардиопатия дисметаболическая. Дерматолог — перианальный дерматит. Офтальмолог — реактивный конъюнктивит на фоне частичного лагофтальма обоих глаз. Астигматизм, хр. дакриоцистит левого глаза. Ортопед — сгибательная контрактура левого тазобедренного и коленного сустава. Эквинус деформация левой стопы. Левосторонний крипторхизм. Невролог — периферический парез корешков поясничного сплетения слева. Эпилептическая энцефалопатия (синдром Веста). ЗПМР. Парез левой нижней конечности с формированием ретракции левого ахилового сухожилия. Хирург — врожденный перекрут яичка слева.

Выводы. Синдром Шиммельпеннинга–Фейерштейна–Мимса — это многосистемное нейро-дерматологическое расстройство, при котором эпидермальные невусы могут быть связаны с неврологическими, скелетными, глазными и другими кожными аномалиями. Сальный невус является диагностическим маркером синдрома Шиммельпеннинга. Осознание этого явного поражения кожи может помочь врачам поставить ранний диагноз. Как только диагноз заподозрен, следует провести тщательный скрининг других органов, чтобы исключить сопутствующие аномалии.

CLOCCs — ОТДЕЛЬНАЯ НОЗОЛОГИЯ ИЛИ СИМПТОМОКОМПЛЕКС В РАМКАХ РАЗЛИЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ? ОБЗОР КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Зюкина Юлия Андреевна

Научные руководители: старший ординатор Шерматюк Евгений Игоревич, к.м.н. доцент Базилевич Сергей Николаевич
Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.
E-mail: yu.zukina@mail.ru

Ключевые слова: CLOCCs; MERS; эпилепсия; противоэпилептическая терапия; карбамазепин.

Введение. Валик мозолистого тела — это анатомическая структура, в нейронах и олигодендронитах которой сконцентрирована высокая плотность рецепторов к цитокинам, глутамату и другим нейромедиаторам, в результате чего он крайне чувствителен к воздействию токсических факторов и метаболических нарушений, что приводит к частому вовлечению в патологический процесс, в частности, к развитию CLOCCs (Cytotoxic lesions of the corpus callosum). Это редкий полиэтиологичный клинко-рентгенологический синдром, характеризующийся наличием «нечеткой» клинической картиной и очагами, визуализирующимися при выполнении магнитно-резонансной томографии, как цитотоксический отек. В нашей работе представлен клинический случай молодого пациента, 18 лет, который обратился за медицинской помощью по неотложным показаниям, в виду наличия в анамнезе пароксизма утраты сознания. В ходе обследования, в виду постановки диагноза эпилепсия была назначена противоэпилептическая терапия. В последующем пациент был госпитализирован по причине повторного генерализованного эпилептического приступа. Проведена магнитно-резонансная томография, на которой визуализирован участок изменения МР-сигнала в режиме DWI в области валика мозолистого тела.

Цель исследования. Обобщить данные о преобладающих поражениях валика мозолистого тела, выявить наиболее значимые этиопатогенетические механизмы, с целью точного определения диагностических критериев данного состояния на примере клинического случая.

Материалы и методы. В ходе исследования проведен обзор клинического случая пациента 18 лет, с жалобами на наличие в анамнезе пароксизмального расстройства сознания.

Результаты. Пациент не страдает наследственными заболеваниями, анамнез жизни не отягощен, поступил в клинику многопрофильного стационара с жалобами на развитие эпизода утраты сознания. На фоне полного благополучия ощутил дискомфорт в области шеи с последующим насильственным по-

воротом головы и дистонической установки руки, после чего упал, закатились глаза, имел место эпизод утраты сознания. По данному поводу госпитализирован в условия многопрофильного стационара. Во время госпитализации случился повторный судорожный приступ, описываемый в медицинской документации как генерализованный. Выполнена электроэнцефалография — очаговой и пароксизмальной активности не выявлено. После повторного приступа назначен противоэпилептический препарат Карбамазепин, спустя время пациент самостоятельно отменил препарат. Через несколько недель, возник повторный эпизод утраты сознания: стоя у окна ощутил дискомфорт в области шейного отдела позвоночника — вновь развилось клонические подергивания головы вправо, прилег на кровать, после чего потерял сознание. Доставлен в приемное отделение многопрофильного стационара, где осмотрен дежурным неврологом, выполнена компьютерная томография головы — патологических изменений головного мозга, костей черепа не выявлено; в неврологическом статусе на момент поступления без признаков очаговой и общемозговой неврологической симптоматики. Для исключения органических причин развития данного состояния выполнена магнитно-резонансная томография, где выявлены признаки острого нарушения мозгового кровообращения по ишемическому типу в бассейне левой задней мозговой артерии (терминальной ветви) в области валика мозолистого тела. В последующем пациент наблюдался с диагнозом: цереброваскулярная болезнь, острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу. Пациенту проводилась терапия — противоэпилептическая, антиагрегантная, нейрометаболическая. Диагностика проводилась в соответствии со стандартом оказания помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Исключались инфекционные причины развития данного состояния, заболевания с демиелинизирующим характером поражения. Через неделю госпитализации, проведена повторная магнитно-резонансная томография, на которой отмечен регресс нейнора-

диологической картины, без признаков остаточных явлений. Соотнеся анамнез, наличие эпизода отмены карбамазепина, эпилепсии в анамнезе, отсутствия других причин, ассоциированных с поражением валика мозолистого тела установлен диагноз: умеренная энцефалопатия с обратимым поражением валика мозолистого тела (CLOCCs-синдром) на фоне отмены противоэпилептических препаратов (Карбамазепин). Фокальная эпилепсия неустановленной этиологии с развитием генерализованных тонико-клонических приступов с фокальным началом. Пациент выписан на 8 день госпитализации.

Выводы. По результатам анализа литературы вопрос о том является ли CLOCCs отдельной нозологической единицей или симптомокомплексом других

заболеваний остается открытым. У пациентов с эпилепсией и ассоциированными с ней состояниями развития CLOCCs несколько выше. Клинический случай иллюстрирует необходимость соотнесения результатов, полученных при нейровизуализации и клинико-анамнестических данных заболевания. Немаловажно выявление первичного этиологического фактора, с целью купирования данного состояния. По нашему мнению, наиболее значимый критерий выявления CLOCCs — это проведение повторного нейровизуализационного исследования, а также тщательный сбор анамнеза. До постановки окончательного диагноза — стоит проводить диагностические мероприятия в рамках оказания помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения.

АНТИ-NMDAR ЭНЦЕФАЛИТ (АНТИ-N-МЕТИЛ-D-АСПАРТАТ-РЕЦЕПТОРНЫЙ ЭНЦЕФАЛИТ), РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Мизина Анна Дмитриевна

Научные руководители: старший ординатор кафедры нервных болезней Шерматюк Евгений Игоревич, к.м.н., ассистент кафедры нервных болезней Скулябин Дмитрий Игоревич

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 6.

E-mail: dsh00pd@mail.ru

Ключевые слова: анти-N-метил-D-аспартаат-рецепторный энцефалит; анти-NMDAR энцефалит; рецидив анти-NMDAR энцефалита; аутоантитела; тератома яичника; психические симптомы; нарушения поведения.

Введение. Анти-N-метил-D-аспартаат-рецепторный энцефалит (Анти-NMDAR энцефалит) — это аутоиммунное заболевание, при котором возникает патологическая продукция В-лимфоцитами аутоантител, тропных к определенным структурам Анти-N-метил-D-аспартаат-рецепторов. NMDAR состоят из NR1- и NR2-субъединиц, связывающих глицин и глутамат соответственно. Активация рецептора происходит при одновременном его связывании с глицином и глутаматом. Во многих возбуждаемых глутаматом синапсах NMDAR играют ключевую роль в процессах синаптической пластичности. Факторами, которые запускают процесс продукции антител против NMDAR, являются опухоли, вирусные инфекции. Болезнь развивается остро, иногда на фоне общинфекционных проявлений с последующим дебютом неврологической и психиатрической симптоматики. Полное функциональное восстановление после заболевания может занимать до нескольких месяцев и даже лет.

Цель исследования. Описание клинического случая.

Материалы и методы. Пациент Ф., 33 года, в июле 2020 г. на фоне полного благополучия случился генерализованный судорожный тонико-клонический эпилептический приступ, после которого появились явления психомоторного возбуждения, и нарушение ориентировки во времени, собственной личности, высказывал суицидальные мысли.

15.07.2020 г. состояние пациента заметно ухудшилось, развилось психомоторное возбуждение, сопровождаемое агрессией, отсутствием критики к своему состоянию. Консультирован психиатром. К терапии добавлены феназепам 1 мг 1 раз в сутки (вечером). 24.07.2020 осмотрен неврологом, установлен предварительный диагноз: токсическая энцефалопатия с развитием повторных генерализованных тонико-клонических приступов (от 10.07.2020 г. в 13:30 и 19:30) и качественных рас-

стройств сознания по типу делирия, рекомендовано выполнение диагностической люмбальной пункции.

08.08.2022 г. получены результаты анализа крови и ликвора на антитела к NMDAR: в ликворе обнаружены антитела: 32 (норма — антитела не обнаружены); определение антинейрональных антител методом непрямой иммунофлюоресценции (ИФА): 100, ядерный нейрональный тип свечения — свечение зернистого слоя мозжечка в нативном ликворе и в титре 100 в сыворотке, характерное для анти-NMDAR энцефалита (норма < 100). 09.08.2020 г. состояние ухудшилось, в связи с этим 10.08.2020 г. проведен консилиум, установлен диагноз: Аутоиммунный анти-NMDAR энцефалит, достоверный по критериям Graus F. (2016), 1 балл по шкале NEOS с развитием эпилептического, делириозно-аментивного и вегетативного синдромов, моторной афазии, мнестических расстройств, диссомнии, без нарушения функции дыхания, среднетяжелое течение, фаза прогрессирования, осложнённый повторными генерализованными тонико-клоническими судорожными приступами от 10.07., 17.07., 03.08., 07.08.2020 г., 08.08.2020 г., постсудорожным острым рабдомиолизом от 13.07.2020 г. без нарушения функции почек (купирован 11.08.2020 г.), вторичной кетонурией от 17.07.2020 г. (купирована 10.08.2020 г.).

27.08.2020 г. поступил в клинику нервных болезней ВМедА для дальнейшего обследования и лечения. 27.08.2020 г. было выполнено ультразвуковое исследование органов мошонки: структурных изменений не выявлено.

С 30.11.2020 г. по 26.12.2020 г. повторно проходил стационарное обследование и лечение в клинике нервных болезней ВМедА с целью оценки динамики состояния и корректировки терапии после дебюта анти-NMDAR энцефалита от 07.2020 г., за период до настоящей госпитализации без новых обострений заболевания.

С 2020 г. по 2022 г. выполнял обязанности по работе, противоэпилептическую терапию прервал в августе 2022 г. согласно выписке, жалобы не предъявлял, за медицинской помощью не обращался.

09.11.2022 г., находясь на работе, отметил общее недомогание, после чего развился судорожный приступ. Вызвана бригада скорой медицинской помощи, доставлен в приемное отделение № 1 ВМедА. Вечером того же дня развилось психомоторное возбуждение, вследствие чего 11.11.2022 г. был госпитализирован в клинику психиатрии. 21.11.2022 г. осмотрен неврологом, установлен диагноз: рецидив (от 08.11.2022 г.) аутоиммунного анти-NMDAR энцефалита, достоверного по критериям Graus F. (2016 г.), 1 балл по шкале NEOS с развитием эпилептического, делириозно-аментивного синдромов, без нарушения функции дыхания, среднетяжелое течение, фаза прогрессирования. На фоне лечения достигнута положительная динамика в виде регресса проявлений астенизации, нистагма, координаторных нарушений, улучшения концентрации

внимания, улучшения общего состояния. Выписан в удовлетворительном состоянии.

Результаты. Наш клинический случай показывает первично аутоиммунный патологический процесс с хорошим ответом на иммуносупрессивную терапию. Существует необходимость быстрой фармакологической эскалации от первой ко второй линии иммуномодулирующей терапии с использованием цитостатиков для поддержания оптимальной В-клеточной деплеции.

Заключение. Своевременная диагностика и раннее начало агрессивной патогенетической терапии в дебюте анти-NMDAR энцефалита могут уменьшить тяжесть симптомов при последующем рецидиве. В настоящее время антитела к NMDAR хорошо охарактеризованы и широко используются в практике, что может позволить диагностировать данное заболевание на ранних его этапах. Поскольку у пациентов с рецидивирующим анти-NMDAR-энцефалитом наблюдаются множественные рецидивы динамическое наблюдение должно быть продолжено с большей бдительностью.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВЕБ-ПОРТАЛА «НЕЙРОДОМ» ДЛЯ ДИСТАНЦИОННОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Шабалина Дарья Олеговна

Научные руководители: к.м.н., доцент Аброськина Мария Васильевна, к.м.н., асс. Субочева Светлана Алексеевна, д.м.н., проф. Прокопенко Семен Владимирович

Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого. Кафедра нервных болезней с курсом ПО. 660022, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, зд. 1. E-mail: dar.shabalina@gmail.com

Ключевые слова: рассеянный склероз; дистанционная реабилитация; нейрореабилитация; НейроДом.

Введение. Одним из важных принципов медицинской реабилитации является ее непрерывность. Однако, в настоящее время существуют ограничения для применения этапной и преемственной реабилитации у пациентов с рассеянным склерозом в связи с отдаленностью крупных реабилитационных центров, ограничениями в период пандемии, а также уровнем инвалидизации пациентов и отсутствием сопровождающих на период реабилитации. В связи с этим, все более актуальной задачей является разработка, внедрение и развитие дистанционных методов реабилитации пациентов с рассеянным склерозом.

Цель исследования. Оценить эффективность дистанционной реабилитации пациентов с рассеянным склерозом, реализуемой с применением авторского сайта «НейроДом» на территории Красноярского края.

Материалы и методы. В исследование было включено 24 пациента с утвержденным диагнозом рассеянного склероза, согласно критериям, Мак Дональда 2017 года, 20 из которых выполнили программу нейрореабилитации в полном объеме и прошли заключительную оценку. Среди всех пациентов женщины составили 75% (n=15), мужчины — 25% (n=5), медиана возраста — 45 [34; 53,5] лет, медиана EDSS — 4 [3; 5,5] балла. Дистанционная реабилитация проводилась на платформе авторского сайта «НейроДом» по индивидуально подобранной программе. На первичном и заключительном осмотре всем пациентам был проведен очный осмотр с оценкой неврологического статуса, а также проводилась оценка состояния по следующим функциональным шкалам: Expanded Disability Status Scale

(EDSS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), Dynamic GaitIndex (DGI), Berg Balance Scale (BBS), тест 25 футов (25 foot walking test, 25FWT) и тест 9 колышек (9-Hole Peg Test, 9-HPT). Ежедневно проводился мониторинг сайта с целью контроля посещаемости и объема выполнения упражнений. Один раз в неделю осуществлялись телемедицинские консультации с пациентами, при необходимости производилась корректировка программы. Курс дистанционной реабилитации в среднем длился 28 дней.

Результаты. После прохождения курса дистанционной нейрореабилитации отмечалась положительная, статистически значимая динамика по основным показателям функциональных шкал BBS (p — 0,01), DGI (p — 0,0011), 9HPT (p — 0,04), 25FWT (p — 0,002), указывающих на улучшение функции равновесия, ходьбы и мелкой моторики кисти. При оценке данных по шкале EDSS и HADS статистически значимых изменений выявлено не было (p — 0,78 и p — 0,49 соответственно).

Выводы. Таким образом, результаты, полученные в ходе исследования, подтверждают эффективность использования авторского веб-портала «НейроДом» для дистанционной реабилитации пациентов с рассеянным склерозом. Программа способствует улучшению функции тонкой моторики, ходьбы и равновесия. Данный способ реабилитации является экономически выгодным и более удобным как для врача, так и для пациента. Результатом работы является внедрение сайта дистанционной реабилитации «НейроДом» в деятельность Профессорской клиники КрасГМУ в качестве третьего этапа медицинской реабилитации для больных с рассеянным склерозом.

ЗНАЧЕНИЕ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ ГЕНЕТИЧЕСКИ ДЕТЕРМИНИРОВАННЫХ ЭПИЛЕПСИЙ У ДЕТЕЙ

Ведерникова Виктория Александровна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гузева Оксана Валентиновна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики. E-mail: vikochka.spb@mail.ru

Ключевые слова: эпилепсия; генетическая мутация; ЭЭГ

Введение. Эпилепсия — одна из распространенных форм неврологической патологии детского возраста. Частота эпилепсии в популяции достигает 0,5–0,75%, а среди детского населения — до 1%. Приблизительно 20–30% случаев эпилепсии вызваны приобретенными состояниями, оставшиеся 70–80% случаев обусловлены одним или несколькими генетическими факторами. В большинстве случаев гены, подвергшиеся мутации, неизвестны или имеются трудности в их идентификации. Количество пациентов с известными генетическими аномалиями, вызывающими эпилепсию, постоянно возрастает. Важно отметить, что диагностику также осложняет возможность возникновения мутации *de novo*.

Цель. Целью исследования является выявление генетической мутации у детей с различными формами эпилепсии с целью назначения адекватной патогенетической и противоэпилептической терапии

Материалы и методы. В исследование включено 54 (100%) пациента, возраст детей от 5 месяцев до 17 лет, мальчиков — 23 (42,6%), девочек — 31 (57,4%). Всем детям проведены неврологический осмотр, электроэнцефалограмма, МРТ головного мозга и генетическое исследование.

Результаты. Дебют приступов у пациентов варьировал от 2 месяцев до 6 лет: у 17 (31,5%) детей первый приступ до 6 месяцев, у 9 (16,7%) — в промежутке от 7 месяцев до 1 года, у 13 (24%) — от 1 года до 2 лет, у 9 (16,7%) — от 2 до 3 лет, у 6 (11,1%) — от 3 лет до 6 лет.

Генерализованные тонико-клонические приступы — у 32 (59,3%) детей, у 8 (14,8%) — инфантильные спазмы, у 6 (16,7%) — тонические приступы, у 6 (16,7%) — атипичные абсансы, у 4 (7,4%) — миоклонические приступы, у 3 (5,6%) — типичные абсансы, у 1 (1,9%) ребенка — атонические приступы.

Частота приступов составляла от нескольких приступов в сутки — 31 (57,4%) случай, у 7 (13%) детей — 1 приступ в сутки, у 5 (9,3%) — 1 приступ в неделю, у 4 (7,4%) — 1 приступ в 2 недели, у 3 (5,6%) — 1 приступ в месяц, у 4 (7,4%) ребенка — 1 приступ

в 6 месяцев, у 1 (1,8%) ребенка — всего 2 приступа в анамнезе; в 19 (35,2%) случаях зарегистрированы эпилептические статусы в анамнезе.

Наиболее часто назначались препараты Депакинхроносфера — 36 (66,7%), Кеппра — 30 (55,6%), Топамакс — 18 (33,3%), Финлепсин — 14 (25,9%), Трилептал — 13 (24%). Также назначались Конвулекс — 8 (14,8%), Депакин — 7 (13%), Клоназепам — 7 (13%), Суксилеп — 7 (13%), Синактен депо — 6 (11,1%), Топирамат — 5 (9,3%), Зонегран — 5 (9,3%), Сарбил — 5 (9,3%), Фризиум — 4 (7,4%), Этосуксемид — 4 (7,4%), Ламотриджин — 3 (5,6%), Осполот — 2 (3,7%), Дифенин — 2 (3,7%), Фенобарбитал — 2 (3,7%), Этосуксимид — 2 (3,7%), Стирипентол — 1 (1,9%), Карбамазепин — 1 (1,9%), Орфирил — 1 (1,9%).

В 32 (59,3%) случаях беременность протекала без особенностей, у 8 (14,8%) матерей наблюдались токсикозы во время беременности, у 6 (11,1%) беременность протекала на фоне патологии эндокринной системы, у 5 (9,3%) — гипоксия в родах, у 3 (5,6%) — инфекция во время беременности.

Из 54 обследованных детей у 43 (79,6%) для купирования приступов применялись комбинации препаратов, у 21 (38,9%) детей эпилепсия оказалась фармакорезистентной.

В 41 (76%) из 54 случаев выявлена эпилептиформная активность на рутинной ЭЭГ, а также в 21 (38,9%) случаях при проведении видео-ЭЭГ мониторинга. По результатам ЭЭГ в 12 (22,2%) случаях не выявлено эпилептиформной активности, в 25 (46,3%) случаях выявлены изменения в виде комплексов «острая-медленная» волна, в 14 (26%) — острые волны, в 4 (7,4%) — гипсаритмия, в 2 (3,7%) — медленные волны, в 2 (3,7%) — комплексы полипик-волна. ВЭМ ночного сна проводилась 23 (42,6%) детям, по его результатам в 2 (3,7%) случаях не выявлено эпилептиформной активности, в 8 (14,8%) выявлены изменения в виде комплексов пик-медленная волна, в 4 (7,4%) — комплексы «острая-медленная» волна, в 3 (5,6%) — острые волны, в 3 (5,6%) — пик-полипик-волны, в 3 (5,6%) случаях — спайки.

По результатам МРТ обследования в 27 случаях (44,4%) обнаружены структурные изменения головного мозга.

Всем пациентам проведено генетическое исследование. По его результатам в 53 (98,1%) из 54 случаев выявлена генетическая мутация: у 17 детей (31,5%) мутация локализована в гене SCN1a, у 9 (16,7%) — TSC2, у 8 (14,9%) — KCNT-1, у 4 (7,4%) — MECP2, у 3 (5,6%) детей выявлена мутация в митохондриальной ДНК, также встречались мутации, локализованные в генах G-6PC, DARS, SLC2A1, KIAA, BRAF, CPA6, MEF2C, IQSEC2, CDLK5, MEC32, UBE3A, GABRG (19g).

Выводы. У 35 из 36 обследованных детей (98,1%) выявлены генетические мутации, ассоциированные с эпилепсией. Выявление мутаций позволяет отказаться от проведения дальнейших дорогостоящих диагностических процедур, наиболее точно прогнозировать течение заболевания и оптими-

зировать терапию, а также провести генетическое консультирование семьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гамирова Р.Г., Гамирова Р.Р., Есин Р.Г. Генетика эпилепсии: успехи, проблемы и перспективы развития. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020; 120(9): 144–150.
2. Кожанова Т.В., Жилина С.С., Айвазян С.О., Ананьева Т.В., Абрамов А.А., Беленикин М.С., Мещерякова Т.И., Мутовин Г.Р., Заваденко Н.Н. Диагностика идиопатических форм эпилепсии у детей на основании алгоритма молекулярно-генетического исследования.
3. Белоусова Е.Д. Генетика эпилепсии: зачем и как обследовать детей с эпилепсией.
4. Меморандум Международной противэпилептической лиги (ILAE): изменения классификации и терминологии эпилепсий.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАССЕЯННОГО СКЛЕРОЗА С ДРУГИМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ У ВЗРОСЛЫХ

Янина Марина Александровна, Буланов Илья Михайлович

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гузева Виктория Валентиновна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: callisto112@rambler.ru

Ключевые слова: рассеянный склероз; клинические проявления; дифференциальная диагностика.

Введение. Рассеянный склероз (РС) представляет собой хроническое прогрессирующее заболевание центральной нервной системы, основой которого является аутоиммунно-воспалительный и демиелинизирующий процесс. [1,6]

Заболевание, как правило, дебютирует у лиц молодого и среднего возраста, которые сначала утрачивают работоспособность, а на более поздних стадиях заболевания — способность к самостоятельному передвижению и самообслуживанию. [2]. У многих больных отмечается нарастание необратимого неврологического дефицита и развитие стойкой инвалидности.

Сложность диагностики заболевания на ранних стадиях, разнообразие клинических вариантов течения и возникновение быстрой инвалидизации, без своевременно начатого лечения, относит РС в спектр наиболее актуальных задач современной медицины [3].

Диагностика РС, особенно в дебюте болезни, нередко представляет трудности. Частота диагностических ошибок, согласно литературным данным, составляет около 10–15% [1].

Затруднения в диагностике могут возникать и в связи с тем, что симптомы дебюта заболевания ошибочно принимаются за проявление других поражений ЦНС. Рассеянный склероз в начальных стадиях необходимо дифференцировать от острого рассеянного энцефаломиелита, оптического неврита различной этиологии, невротических расстройств, вегетативно-сосудистой дисфункции, лабиринтита или синдрома Меньера, ОНМК по ишемическому типу, полинейропатии, нейроциркуляторная дистония, остеохондроз шейного отдела позвоночника и дорсопатии [4, 5].

В связи с разнообразными клиническими проявлениями и отсутствием патогномичных признаков, которые обладали бы соответствующей диагностической чувствительностью и специфичностью для быстрой и точной диагностики, рассеянный склероз в настоящее время остается диагностической проблемой.

Цель исследования. Проанализировать и оценить возможности дифференциальной диагностики РС с другими неврологическими заболеваниями на клиническом наблюдении.

Материалы и методы. В качестве примера приводятся клинические данные пациентки, направленной на консультацию в городской центр рассеянного склероза г. Санкт-Петербург для уточнения диагноза и последующего наблюдения.

Пациентка Б., 24 года, первичный прием в июне 2022 года, по направлению 2-го неврологического отделения городской Мариинской больницы. Известно, что 03.06.2022 года пациентка экстренно госпитализирована во 2-е неврологическое отделение Мариинской больницы с жалобами на общую слабость, слабость в нижних конечностях, повышенную утомляемость, онемение справа от уровня груди, слева от уровня пупка до кончиков пальцев ног, ложные позывы на мочеиспускание, шаткость при ходьбе.

Пациентка считает себя больной с ноября 2021 года, когда на фоне полного здоровья, без предшествующего ОРВИ, вакцинации и прочих заболеваний, возникло онемение, слабость в левых конечностях. Обращалась к неврологу поликлиники, поставлен диагноз — дегенеративно-дистрофическое заболевание позвоночника (ДДЗП). Специфического лечения не получала. Назначены витамины группы В — без выраженного эффекта.

Далее, в течение 3 месяцев отмечалось чередование онемения в правой и левой нижних конечностях.

В феврале 2022 года эпизод снижения зрения, с болью в области глазных яблок, подергиванием глазных яблок на протяжении недели. Обращалась к офтальмологу, диагноз — миопия слабой степени.

В феврале 2022 года снова обратилась к неврологу, назначена МРТ головного мозга, шейного, грудного, поясничного отделов позвоночника. Результаты МРТ от 02.2022 — МР-признаки единичных мелких очагов в белом веществе головного мозга

(вероятнее всего сосудистого генеза), умеренного расширения субарахноидального пространства, киста промежуточного паруса и ретроцеребеллярная киста. МР-признаки начальных дегенеративных изменений межпозвонковых дисков шейного и грудного отделов на фоне статических нарушений. МР-признаки начальных дегенеративно-дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Протрузии дисков L_{IV}-L_V, L_V-S_I. Проявление спондилоартроза.

В марте 2022 года — слабость в левой ноге, в апреле — снижение остроты зрения, шаткость при ходьбе, слабость в правой ноге, недержание мочи.

В июне 2022 года была госпитализирована, а Мариинскую больницу, проведена терапия кортикостероидами с выраженным регрессом. Проведено МРТ ГМ, ШОП — единичные мелкие очаги перивентрикулярно, очаги в шейном и грудном отделе позвоночника.

Эпидемиологический анамнез — COVID-19 отрицает. В 2018 году перенесла инфекционный мононуклеоз.

Установлен диагноз — демиелинизирующее заболевание ЦНС, пациентка направлена для дальнейшего наблюдения и лечение в ГЦРС.

В неврологическом статусе от июня 2022 года отмечаются патологические стопные знаки с обеих сторон, нарушение поверхностной чувствительности в виде гипестезии правой ноги. Координаторные пробы — с легкой интенцией в руках. Неустойчивость в позе Ромберга. Легкая атакия при ходьбе.

С пациенткой проведена беседа о необходимости назначения высокоэффективной терапии моноклональными антителами.

Рекомендовано — исследование ликвора и крови на олигоклональный IgG, легкие цепи.

Осмотр нейроофтальмолога (глазное дни, периметрия, ОКТ, острота зрения). Повторная консультация с результатами дообследования или ранее при появлении стойкой неврологической симптоматики длительностью более 24 часов.

Повторный визит в октябре 2022. После проведения в июне кортикостероидной терапии — полный регресс слабости в ногах, сохраняются эпизоды недержания мочи, что формирует страх выхода на улицу.

Зафиксированы следующие события: июль 2022 — онемение ног до уровня груди, ладоней — постепенный регресс, уменьшение выраженности и понижение уровня. Август 2022 — нижний паразез 2–3 балла, эпизоды недержания мочи и стула, передвижение с односторонней опорой — после перенесенного ОРВИ — с постепенным регрессом неврологического дефицита.

В сентябре 2022 появление онемения правых конечностей, гипестезия правой нижней конечности.

На основании клинической картины и данных МРТ головного мозга установлен диагноз — Рассеянный склероз, ремиттирующее течение. В связи с неприятием пациенткой вакцинации, необходимой для проведения терапии Окрелизумабом, рекомендована терапия Натализумабом.

Результаты. Данный клинический пример демонстрирует сложность в диагностике рассеянного склероза в дебюте и при первых обострениях. Так, при первом обращении отмечались двигательные и чувствительные нарушения, они были ошибочно трактованы как признаки дегенеративно-дистрофического заболевания позвоночника.

Обострение проходило в виде ретробульбарного неврита, но нарушения также не вызвали подозрений в отношении демиелинизирующего процесса.

Проведенное в феврале 2022 года МРТ и обнаружение очагов в белом веществе, также не привело к установлению правильного диагноза.

Таким образом, между дебютом заболевания у пациентки и постановкой правильного диагноза с назначением соответствующей терапии прошло 8 месяцев, в течение которых отмечалось несколько обострений с последующими ремиссиями, а для пациентов важно своевременное начало терапии, с целью предотвращения прогрессирования заболевания, появления новых очагов и формирования стойкого неврологического дефицита.

Заключение. Данный клинический случай, подтверждает, что диагностика РС, особенно в амбулаторном звене может вызывать затруднения. Клинические проявления могут ошибочно приниматься за проявления других заболеваний, а изменения на МРТ могут трактоваться как сосудистые.

Все это усложняет диагностику и увеличивает по времени процесс постановки правильного диагноза и назначения своевременной терапии, от которой во многом зависит течение заболевания, частота и длительность ремиссий, срок наступления и выраженность стойкого неврологического дефицита.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бойнова И.В., Самарина Д.В., Каторова А.В., Токарева Н.Г. Клинико-эпидемиологические особенности рассеянного склероза в российской федерации // Современные проблемы науки и образования. 2022. № 5.
2. Мельников М.В., Пащенко М.В., Бойко А.Н. Психонейроиммунология и рассеянный склероз. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2015;115(2–2):8–15.

3. Попова Е.В., Бойко А.Н., Барабанова М.А., Антипова Л.Н., Бахтиярова К.З., Белова А.Н., Соловьева В.С., Бельская Г.Н., Лукашевич И.Г., Николаева Л.И., Волкова Л.И., Турова Е.Л., Краева А.В., Гончарова З.А., Малкова Н.А., Повереннова И.Е., Сиверцева С.А., Желнин А.В., Трушникова Т.Н., Хабиров Ф.А., Хайбуллин Т.И. Первично-прогрессирующий рассеянный склероз: современное состояние проблемы своевременной постановки диагноза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2017;117(10–2): 35–40.
4. Бофанова Н.С., Ермолаева А.И., Баранова Г.А. Рассеянный склероз (учебное пособие). 2017.
5. Бородин А.В. Дифференциальная диагностика рассеянного склероза. 2018. Том 16, № 10, С. 59–63.
6. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. 3-е изд. М.: Медицинское информационное агентство, 2009. С. 339.

НЕФРОЛОГИЯ

ИНДУКЦИЯ РЕМИССИИ ГИБП РИТУКСИМАБ У РЕБЕНКА С СКВ И ВОЛЧАНОЧНЫМ НЕФРИТОМ

Али-заде Шахноза Бахромовна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Дубко Маргарита Федоровна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра госпитальной педиатрии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: shakhnoza.alizade@icloud.com

Ключевые слова: волчаночный нефрит; ритуксимаб; системная красная волчанка; ребенок; индукция ремиссии.

Введение. Мы сообщаем о положительных результатах терапии ритуксимабом у пациентки с системной красной волчанкой с поражением почек (волчаночный нефрит, класс IVA) после 4-месячного наблюдения. Стероиды и антипролиферативные препараты представляют собой терапию первой линии, но более 35% пациентов не реагируют или рецидивируют после начальной ремиссии. Решающая патогенная роль В-клеток в патогенезе заболевания привела к гипотезе о том, что истощение В-клеток может улучшить естественную историю заболевания. Несмотря на то что результаты двух крупных рандомизированных контролируемых исследований по внепочечной волчанке (исследование EXPLORER) и волчаночному нефриту (исследование LUNAR) не смогли достоверно доказать, что ингибирование CD20 В-лимфоцитов приводит к улучшению клинического исхода, превосходный профиль безопасности/эффективности ритуксимаба в неконтролируемых серийных исследованиях по-прежнему стимулирует его использование в клинической практике.

Цель исследования. Оценить влияние терапии ритуксимабом на исход волчаночного нефрита.

Клинический случай. Девочка 9 лет поступила с жалобами на отеки, олигурию, субфебрилетет.

Из анамнеза: дебют заболевания с июня после перенесенной Эбштейна–Барр вирусной инфекции, по поводу которой получала терапию цефтриаксоном, ацикловиром. Проведенные исследования амбулаторно: следы белка в анализе мочи, анемия, увеличение СРБ и креатинина; гепатоспленомегалия, жидкость в малом тазу, лимфаденопатия. В динамике нарастали протеинурия (3.0) и отеки, отмечалась периодическая лихорадка, в связи с чем была проведена пульс-терапия метилпреднизолоном, в это же время на лице появилась гиперемия, заподозрен дебют СКВ.

При физикальном осмотре отмечались гепатоспленомегалия (печень +5–6 см, селезенка у края

реберной дуги), симптоматика нефротического синдрома (периферические отеки, асцит, выпот в плевре, олигурия, артериальная гипертензия (150–160/110–120 мм рт.ст)), интоксикация (слабость, вялость, повышенная утомляемость, сонливость), тахикардия, артралгии (с эпизодами припухлости коленных суставов), сосудистая гиперемия щек, лимфаденопатия.

Результаты лабораторных исследований: в крови: анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз, лимфопения, увеличение мочевины (до 18.3 ммоль/л), гиперхолестеринемия, гиперурекимия, уменьшение комплемента (С3 до 0.11, С4 до 0.01), гипоальбуминемия, ускорение СОЭ до 63 мм/час. Положительны IgM и G к ЭБВ. В моче: протеинурия (до 3.3), лейкоцитурия, эритроцитурия. По результатам инструментальных исследований: Перикардит, плеврит, интерстициальный нефрит, гепатоспленомегалия, асцит,

Аутоиммунная панель: положительны — АНФ (1:5120), АТ к дсДНК, АТ к нуклеосомам, к CENP-B, пограничные к митохондриям.

По данным нефробиопсии подтвержден IVA класс гломерулонефрита. Была проведена противовирусная, высокодозная гормональная терапия (пульс-терапия метилпреднизолоном; преднизолон) в комбинации с цитостатической терапией (микофеноловая кислота), в связи с чем была получена некоторая положительная динамика (купирована лихорадка, отеки, улучшилось самочувствие), но сохранялись анемия, гипофибриногенемия, значительная протеинурия. В связи с недостаточной эффективностью комбинированной терапии было принято решение об ее усилении и инициации терапии ритуксимабом (по проведенным расчетам — 375 мг/м² 1 раз в сутки № 4) с предварительным премедикацией метилпредом, хлорпирамином, ибупрофеном.

Результаты. В результате курса терапии ритуксимабом была достигнута клиническая и лабораторная ремиссия (улучшение самочувствия, отсутствие

отеков, достаточный диурез, нормализация размеров печени и селезенки, не отмечаются артралгии, нормализовалось АД, уменьшение уровней мочевины, отсутствие протеинурии). Отмечается снижение титров АНФ (1:320).

Заключение. Мы сообщаем о случае терапии СКВ с поражением почек (волчаночный нефрит VIА класс), суставов, гематологическими нарушениями

(лейкопения, гемолитическая анемия), гепатоспленомегалией, поражением сердца, тяжелым течением, высокой степени активности ритуксимабом в начале заболевания, и последующей развилась ремиссия без побочных эффектов через 4 месяца наблюдения. Поэтому мы считаем, что ритуксимаб может быть рассмотрен как препарат выбора в аналогичных случаях.

НЕФРОТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ ПРИ ИММУНОКОСТНОЙ ДИСПЛАЗИИ ШИМКЕ ВСЛЕДСТВИЕ МУТАЦИИ В ГЕНЕ SMARCA1 (ORPHA 1830/OMIM 242900), КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Граненкова Наталья Андреевна, Александрова Виктория Васильевна

Научные руководители: д.м.н. профессор Левиашвили Жанна Гавриловна, к.м.н. зав. отделением аллерго-пульмонологии
Пешехонова Юлия Владимировна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет,
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. Кафедра факультетской педиатрии. E-mail: vikysia_alika@rambler.ru

Ключевые слова: иммунокостная дисплазия Шимке; остеохондродисплазия; T-клеточный иммунодефицит; нефротический синдром; нефрогенная артериальная гипертензия.

Введение. Иммунокостная дисплазия Шимке — орфанная (ORPHA 1830/OMIM 242900), вследствие мутации в гене SMARCA1, с аутосомно-рецессивным типом наследования, характеризуется спондилоэпифизарной дисплазией, стероидорезистентным нефротическим синдромом, T-клеточным иммунодефицитом, рецидивирующими инфекциями, редко эпизодами острого нарушения мозгового кровообращения (церебральной ишемией и мигреноподобной головной болью), задержкой роста, аномальной кожной пигментацией. Манифестация с неонатального периода с тяжелым течением и ювенильное начало в возрасте 8–13 лет — более легкое течение.

Цель исследования. Представить течение нефротического синдрома при иммунокостной дисплазии Шимке у мальчика 5 лет.

Материалы и методы. Применены клинические, иммунологические, морфологические, молекулярно-генетические методы обследования.

Результаты. Мальчик от первой беременности на фоне гестационного сахарного диабета, маловодия. Роды путем экстренного кесарева сечения на 31-й неделе. Вес при рождении 1320 г, длина тела 38 см. По Апгар 7/8 баллов. С рождения состояние тяжелое (ДН, эпизоды неонатальной гипогликемии). С 1 мес рецидивирующие рвоты, срыгивания прожилками крови, при обследовании выявлен ГЭР 4 ст, рефлюкс эзофагит. Наблюдается у офтальмолога — врожденная глаукома, сходящееся косоглазие обоих глаз, уролога: двусторонний ложный крипторхизм.

В возрасте 2,5 лет в анализе мочи выявлена протеинурия до 3,5 г/л, нарастающая в динамике до 10 г/л. В 3 г 5 мес протеинурия достигла нефротического уровня, выявлена дисплазия костной ткани, почек, множественные пигментные пятна в области туловища, тонкие, жесткие волосы. Морфологическое обследование (биопсия почки)

показало: вторичное частичное распластывание отростков подоцитов (без признаков нозологической принадлежности).

Молекулярно-генетическое исследование выявило мутацию в гене SMARCA1 (606622) (в 12 экзоне нуклеотидная замена NM_014140.3^c 1930C>T, p.Arg644Trp в гетерозиготном состоянии; в 16 экзоне гена SMARCA1 нуклеотидная замена NM_014140.3^c 2459G>A, p.Arg820His в гетерозиготном состоянии).

С учетом полученных данных установлен клинический диагноз — синдром Шимке (аутосомно-рецессивный тип наследования).

При обследовании в возрасте 5 лет 8 мес: СОЭ 53 мм/час, общий белок 47–57 г/л, холестерин 5,9 ммоль/л, триглицериды 4,44 ммоль/л, альбумин 24,97–33,0 г/л, креатинин 0,054 ммоль/л, фосфор 1,57, Са 2,23 ммоль/л, Ca⁺⁺ 1,27–1,29 ммоль/л, Mg 1,03 ммоль/л, 25(OH)D 15 нг/мл, ПТГ 13,7 пг/мл. Суточная экскреция белка 9,52 г/сут, кальция 1,3 мг/кг, фосфатов 26 мг/кг, уратов 0,15. Отмечается периодическое повышение АД 140/90 мм рт.ст.

Учитывая данные проведенного обследования у мальчика иммунокостная дисплазия Шимке (SIOD) характеризуется: спондилоэпифизарной дисплазией, нефротическим синдромом с артериальной гипертензией, хроническая болезнь почек (ХБП) С2–3 (СКФ по формуле Schwartz — 77,52 мл/мин/1,73 м²), двусторонним ложным крипторхизмом, первичным иммунным дефицитом (пневмония внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелого течения. ДН 2 ст), рецидивирующими инфекциями (грибковые, вирусные, бактериальные), остеопенией, деформацией тела позвонков, низкорослостью, непропорциональностью, дефицитом витамина D; ангиопатией сетчатки, врожденной глаукомой обоих глаз, сходящееся атипичное косоглазие.

Диагноз основной: Иммунокостная дисплазия Шимке (SIOD) вследствие мутации в гене SMARCA1 (ORPHA 1830/OMIM 242900).

С 4 лет получает заместительную терапию привиджин 5,0 г в/в в связи с первичным иммунодефицитом в структуре синдрома. С 5 лет продолжена терапия препаратом кутаквиг в дозе 1,625 г 1 раз в неделю.

Для коррекции внутриклубочковой гипертензии и уменьшения темпов прогрессирования ХБП — ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента и блокаторы рецепторов ангиотензина (Энап 5 мг на ночь, Амлодипин по 5 мг 1 раз в день, диуретик — Гипотиазид по 25 мг 1 раз в день).

Выводы. Иммунокостная дисплазия Шимке — орфанное заболевание с мультисистемным поражением. Особенность представленного клинического случая является тяжелое течение нефротического синдрома с прогрессированием в ХБП С2–3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савенкова Н. Д., Левиашвили Ж.Г., Андреева Э.Ф., Семенова О.А., Папаян К.А. Наследственные болезни почек у детей. Под редакцией Н.Д. Савенковой. СПб.: Левша, 2020. 440 с.

ПОКАЗАТЕЛИ ЛИПИДНОГО СПЕКТРА КРОВИ ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Юдина Мария Леонидовна

Научные руководители: д.м.н., профессор Макарова Тамара Петровна, к.м.н. Мельникова Юлия Сергеевна

Казанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной педиатрии.

420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49. E-mail: myudina97@gmail.com

Ключевые слова: нефротический синдром; гиперлипидемия; липидный профиль; гломерулонефрит; хроническая болезнь почек; диагностика.

Введение. Гиперлипидемия остается одним из наименее изученных, но наиболее тяжелых признаков нефротического синдрома (НС) у детей, что в последующем способствует прогрессированию хронической болезни почек вплоть до терминальной стадии хронической почечной недостаточности и развитию сердечно-сосудистых осложнений.

Цель исследования. изучение липидного профиля у детей с нефротическим синдромом.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ 70 историй болезней детей с нефротическим синдромом, находившихся на стационарном лечении в нефрологическом отделении ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ». Возраст пациентов составил от 1 до 17 лет.

Результаты. Впервые диагностированный НС был выявлен у 17 человек (24,3%), рецидив НС — у 41 пациента (58,6%) и ремиссия НС — у 12 (17,1%) детей. Острый гломерулонефрит (ГН) с НС отмечался у 18 детей (25,7%), хронический ГН с НС — у 43 (61,4%), хронический ГН с НС, гематурией и гипертензией — у 9 (12,9%) пациентов. Вторичный НС выявлен у 3 детей, из них: НС на фоне системной красной волчанки — 2 человека, на фоне геморрагического васкулита — 1 пациент. Анализ показателей липидного профиля крови детей с НС показал значительное повышение уровня общего холестерина (ОХС), триглицеридов, атерогенных фракций липопротеидов (липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП)) и снижение содержания антиатерогенных липопротеидов высокой плотности независимо от возраста детей и длительности заболевания. Указанные изменения привели к достоверному увеличению коэффициента атерогенности, отражающего соотношение атерогенных и антиатерогенных фракций липопротеидов крови. Нами не было выявлено различий в содержании ОХС, триглицеридов и ЛПНП и ЛПОНП в зависимости от клинической формы НС. Но были

выявлены различия в зависимости от стадии НС. Так, у детей с ремиссией НС повышение уровня ОХС отмечалось лишь у 25,7%, у пациентов с рецидивирующим НС ОХС повышался у 54,2%, из них в период развернутых клинических проявлений у 92,1%, в период стихания клинических проявлений у 7,9% пациентов. Нефробиопсия проведена 24 пациентам и установлены следующие морфологические диагнозы: мембранопролиферативный гломерулонефрит у 8 человек, болезнь минимальных изменений у 5, фокально-сегментарный гломерулосклероз — 5 детей, мезангиопролиферативный гломерулонефрит, капилляротоксический гломерулонефрит и IgM-нефропатия по 2 человека соответственно. У всех детей с НС отмечена гипопротеинемия и гипоальбуминемия, связанная с выраженной протеинурией. Протеинурия положительно коррелировала с уровнем ОХС крови ($r = +0,72$) и ЛПНП ($r = +0,69$). Сывороточный альбумин обратно коррелировал с ОХС в сыворотке ($r = -0,47$) и ЛПНП ($r = -0,46$). Также наблюдалась положительная корреляция между ОХС и ЛПНП ($r = +0,92$) и ТГ ($r = +0,85$). Артериальная гипертензия выявлена у 43 (61,4%) пациентов. Развитие хронической болезни почек первой и второй стадий отмечалось у 67,1% детей.

Выводы. Изучение липидного профиля у пациентов с НС выявило нарушение липидного спектра крови в пользу неблагоприятных в прогностическом плане атерогенных фракций. Это предрасполагает к повышенному риску атеросклероза и повреждению почек в будущем. Поэтому всем пациентам с НС необходим тщательный мониторинг показателей липидного профиля, долгосрочное наблюдение за пациентами, как во время ремиссии, так и во время рецидива НС, что позволит своевременно диагностировать и назначить коррекцию выявленных нарушений уже на ранних стадиях развития хронической болезни почек.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ, ВТОРИЧНЫЙ, ОБСТРУКТИВНЫЙ, НЕПРЕРЫВНО-РЕЦИДИВИРУЮЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ. САКУТ-СИНДРОМ: ВРОЖДЕННАЯ ГИПОПАЗИЯ ЛЕВОЙ ПОЧКИ, ЭКТОПИЯ УСТЬЕВ МОЧЕТОЧНИКОВ, ПУЗЫРНО-МОЧЕТОЧНИКОВЫЙ РЕФЛЮКС. НЕЙРОГЕННАЯ ДИСФУНКЦИЯ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ. СОСТОЯНИЕ ПОСЛЕ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ

Закирова Карина Рустемовна

Научные руководители: к.м.н., доцент Самойлова Наталья Валерьевна; профессор, д.м.н. Макарова Тамара Петровна
Казанский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной педиатрии.
410064, ДРКБ МЗ РТ, г. Казань, ул. Оренбургский тракт, д. 140. E-mail: karinka2943@mail.ru

Ключевые слова: САКУТ-синдром; пузырно-мочеточниковый рефлюкс; недержание мочи; хронический пиелонефрит; хроническая болезнь почек.

Введение. САКУТ-синдром (congenital anomalies of the kidney and urinary tract) включает в себя обширную группу врожденных аномалий почек и мочевых путей и является одной из важнейших проблем в детской практике. В более чем 40% случаев в развитии хронической болезни почек (ХБП) у детей уже в раннем возрасте. Современные методы диагностики позволяют выявлять патологию антенатально при помощи ультразвукового скрининга беременных женщин и проводить генетические исследования для обнаружения мутации генов.

Цель исследования. Демонстрация клинического случая ребенка с сочетанием врожденной гипоплазии левой почки, эктопией устьев мочеточников и пузырно-мочеточниковым рефлюксом.

Материалы и методы. Изучение медицинской документации пациента (медицинская карта стационарного больного, выписки из истории болезни).

Результаты. Пациентка Б., 26.06.2016 г.р. (6 лет 6 месяцев). Гипоплазия левой почки выявлена внутриутробно. Сразу после рождения находилась в ОПН ДРКБ с диагнозом: пиелонефрит, уретерогидронефроз справа. На микционной цистуретрографии (МЦУГ) от февраля 2017 г. был выявлен двусторонний уретерогидронефроз ПА 3–4 степени. По данным цистоскопии от февраля 2017 г. обнаружена шейечная эктопия устьев мочеточников, в июне 2017 г. проведено эндоскопическое рассечение устья мочеточника правой почки, а в октябре 2017 г. эндопластика устьев мочеточника.

На фоне сохраняющейся пиелозктазии было принято решение о проведении оперативного вмешательства: двусторонняя пневмозикоскопическая реимплантация мочеточников по Коэн (ноябрь 2018 г.). В мае 2019 г. находилась на стационарном

лечении, по МЦУГ: данных за пузырно-мочеточниковый рефлюкс нет. Долгое время состояние пациентки было стабильным, при сравнении УЗИ почек, мочевого пузыря от ноября 2018 г. и июля 2019 г. — отрицательной динамики в состоянии МВС нет, но паренхима почек в динамике «уменьшалась».

В апреле 2021 г. по данным МЦУГ: ПМЛР ПА справа 2–3 ст. В июне 2021 г. была выполнена операция — цистоуретроскопия. Эндоскопическое бужирование устьев мочеточников. Эндоскопическая установка мочеточниковых стентов в правый и левый мочеточник 4.0 Ch16 см. На фоне стентирования положительной динамики не наблюдалось, в связи с чем 7 сентября 2021 г. выполнена эндоскопическая экстракция мочеточниковых стентов. С 8 сентября состояние пациентки прогрессивно ухудшалось: гипертермия, рвота, боли в животе, макрогематурия, слабость. По данным ОАМ: бактериурия, лейкоцитурия сплошь, микрогематурия; по ОАК: гипохромная анемия, нейтрофилез, ускорение СОЭ до 80 мм/час; в биохимическом анализе крови — повышение уровня креатинина до 83 мкмоль/л. По данным УЗИ с 16.09–23.09.2021: прогрессирующий уретерогидронефроз, левая гипоплазированная почка догоняет по размерам правую, увеличение объема лоханок и чашечек с двух сторон. В бак. посевах мочи выделена *Ps.aeruginosa* 10*3. Чувств.: амикацин, ципрофлоксацин.

В ноябре 2021 г. пациентка была направлена на стационарное лечение в НЦЗД г. Москва с целью проведения оперативного вмешательства: реимплантация мочеточников с двух сторон по Политано–Леатбеттеру. С 25.05.2022 по 01.06.2022 г. находилась на плановом стационарном лечении НЦЗД г. Москва с диагнозом: Корригированный мегауре-

тер с двух сторон, нерефлюксирующий. Обструктивная уропатия с резким снижением функции левой почки. Состояние после множественных оперативных вмешательств. Хронический необструктивный пиелонефрит, стадия стихания периода обострения. НДМП, недержание мочи. ХБП 2 стадия.

По данным динамической сцинтиграфии от января 2023 г.: левая почка резко уменьшена. Визуализируется нечетко, накопление в ней РФП резко снижено. На ангиограммах: слева уровень почечного кровотока снижен (13%). На ренограммах: слева афункциональная кривая, справа значитель-

ная задержка выведения РФП по обструктивному типу.

Пациентка мочится по принудительному ритму мочеиспускания (каждые 30–40 минут), получает нефропротективную терапию. В настоящий момент рассматривается вопрос о пиелостомии.

Заключение. Благодаря высокой комплаентности мамы и нефроурологической службы на сегодняшний день удается достигнуть стабилизации патологического процесса. Дальнейшая стратегия терапии направлена на максимальное сохранение функционального потенциала почек.

ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ГИГИЕНА

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЯ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ «ГОРОДСКАЯ ПОЛИКЛИНИКА № 39» ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ЗА ПЕРИОД 2019–2021 ГОД

Иркиенко Екатерина Константиновна

Научные руководители: д.м.н., профессор Орёл Василий Иванович, к.м.н., доцент Булдакова Татьяна Игоревна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра социальной педиатрии
и организации здравоохранения. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2

Ключевые слова: СМП; скорая медицинская помощь; эпидемия; COVID-19; коронавирус; профессиональное выгорание; нагрузки.

Введение. С 2020 года работникам скорой медицинской помощи пришлось столкнуться с новым вызовом — пандемией новой коронавирусной инфекции COVID-19. В связи с этим как физическая, так и эмоциональная нагрузка на врачей существенно возросла. Для качественной работы каждого звена системы здравоохранения необходимо понимать, какой объем работы фактически выполняют сотрудники и не приводят ли повышенные нагрузки к эмоциональному выгоранию.

Цель исследования. Целью данной работы является изучить влияние пандемии COVID-19 на нагрузки врачей скорой медицинской помощи. Для реализации указанной цели были поставлены следующие задачи: 1. Изучить литературу по данной теме. 2. Изучить мнение врачей об эмоциональных и физических нагрузках. 3. Проанализировать результаты выгрузок из МИС за 2019–2021 годов об объемах оказанной медицинской помощи в отделении скорой медицинской помощи СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39».

Материалы и методы. Методы, использованные в работе: контент-анализ, анкетирование, выкопировка данных из первичной медицинской документации, математико-статистический и графико-аналитический метод. Анализ и математико-статистической обработке были подвергнуты ответы на вопросы в анкетах врачей и фельдшеров отделения скорой медицинской помощи СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39».

Результаты. При сравнительном анализе данных по вызовам педиатрических бригад СМП было выявлено, что количество вызовов к детскому населению района обслуживания СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» с началом эпидемической

ситуации уменьшилось (3169 вызовов в 2019 году, 1516 в 2020 году), но к 2021 году снова возросло до 3212. Заболевания органов дыхания на протяжении всех трех лет оставались основной причиной вызовов (65% в 2019 и 2020 году, 62% в 2021 году). В 2019 году было зарегистрировано 466 вызовов по поводу инфекционных заболеваний, в 2020 году, несмотря на пик эпидемии COVID-19, их было 235, в 2021 году — 482. На протяжении всех трех лет госпитализация в стационар после вызова СМП следовала в 30% случаев. Бригады СМП стабильно показывали скорость прибытия на вызов: в 2019 году бригады приезжали менее, чем за 20 минут, в 84% случаев, в 2020 в 89% случаев, а в 2021 — в 79%. Целевой показатель по времени доезда бригад СМП до 20 минут (95%) не достигается в связи с особенностями транспортной инфраструктуры Центрального района Санкт-Петербурга. В результате анкетирования врачи отметили увеличение как физических, так и эмоциональных нагрузок в работе в период пандемии.

Заключение. Врачи и фельдшеры скорой медицинской помощи являются той категорией медицинских работников системы здравоохранения, которая больше всего подвержена профессиональному выгоранию из-за высокой интенсивности труда и необходимости оперативно принимать решения по оказанию медицинской помощи пациенту. Результаты анкетирования позволили сформулировать предложения для руководства СПб ГБУЗ «Городская поликлиника № 39» по улучшению эмоционального климата в коллективе отделения скорой медицинской помощи и повышению мотивации сотрудников к выполняемой работе в условиях высокой интенсивности труда.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ КОМПЛЕКСА РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОКАЗАНИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОЗВОНОЧНИКА

Кренева Юлия Александровна

Научный руководитель: д.м.н., доцент Авдеева Марина Владимировна

Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова. 195067, Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47. E-mail: krenewa@yandex.ru

Ключевые слова: дегенеративные заболевания позвоночника; эффективность восстановительного лечения; первичная медико-санитарная помощь.

Введение. Проблема эффективности лечения хронической боли в спине крайне актуальна, так как отсутствие клинического эффекта от применения различных методов лечения приводит к ощутимым социально-экономическим последствиям из-за потери трудоспособности, ухудшения качества жизни пациентов и роста расходов на их медицинское и социальное обслуживание.

Цель исследования. Оценка восстановительного потенциала комплексных реабилитационных мероприятий, проводимых на этапе оказания специализированной первичной медико-санитарной помощи больным с ДДЗП и спондилогенным болевым синдромом.

Материалы и методы. Материалом исследования послужили результаты проспективного наблюдения за пациентами с ДДЗП и спондилогенным болевым синдромом, проходившими обследование и курс восстановительного лечения в отделении реабилитации типичной городской поликлиники Санкт-Петербурга. В исследование включено 200 пациентов (средний возраст $56,0 \pm 17,7$ лет; индекс массы тела $26,2 \pm 4,1$ кг/м²), из которых 150 женщин и 50 мужчин. Диагностика ДДЗП проводилась по результатам рентгенологического обследования позвоночника, компьютерной оптической топографии на аппарате «DIERS Formetric 4D» (Германия) и заключения врача-невролога. Для оценки выраженности спондилогенного болевого синдрома применяли визуальную аналоговую шкалу боли (ВАШ — 10 см), Мак-Гилловский болевой опросник (MPQ) и опросник Роланда-Мориса до и после курса восстановительного лечения. Все пациенты с ДДЗП проходили курс восстановительного лечения, которое заключалось в сочетании методов лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения и медикаментозной терапии нестероидными противовоспалительными средствами. Лечение назначалось индивидуально с учетом клинического состояния и особенностей неврологического

статуса пациента. В динамике до и после курса реабилитационных мероприятий оценивались следующие параметры биомеханики позвоночника и таза: длина спины в миллиметрах, угол сколиотической деформации в градусах, угол поясничного лордоза в градусах, перекос таза в градусах, скручивание таза в градусах, наклон спины в градусах.

Результаты. Исходно у большинства пациентов с ДДЗП отмечался умеренно выраженный спондилогенный болевой синдром (57%), в то время как слабая (15%), сильная (24,0%) и очень сильная боль (4,0%) беспокоили реже. В среднем пациент получал $3,2 \pm 1,2$ сеансов психотерапевтической коррекции; $10,4 \pm 1,6$ процедур амплипульстерапии; $8,4 \pm 2,7$ занятий лечебной физкультурой; $7,0 \pm 1,2$ грязелечебных процедур; $15,8 \pm 4,7$ сеансов лазеротерапии; $7,0 \pm 1,3$ водолечебных процедур; $10,4 \pm 1,5$ сеансов ультразвуковой физиотерапии. Схема восстановительного лечения в среднем включала $3,6 \pm 0,9$ рекреационных компонентов. Детерминантами эффективного лечения болевого синдрома при ДДЗП являлось включение в схему восстановительного лечения амплипульстерапии, лечебной физкультуры, грязелечения и водолечения, о чем свидетельствует положительная динамика показателей, оценивавшихся по всем измерительным шкалам боли (шкала ВАШ, опросник MPQ, опросник Роланда-Мориса) ($p < 0,05$). Наиболее выраженный обезболивающий эффект от восстановительного лечения отмечался после сочетанного воздействия на позвоночник различных лечебных факторов ($b=0,38$; $p < 0,05$). Детерминантами улучшения функционального состояния позвоночника являлось включение в схему восстановительного лечения лечебной физкультуры, грязелечения и массажа ($p < 0,05$). Наиболее выраженный обезболивающий эффект от восстановительного лечения отмечался после сочетанного воздействия на позвоночник различных лечебных факторов. Улучшение функционального состояния позвоночника наступает быстрее при

комбинировании разных методов восстановительного лечения. Анализ посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений показал, что среди пациентов с ДДЗП, прошедших курс восстановительного лечения, частота обращений в поликлинику снизилась в 4,7 раза (с $3,15 \pm 1,46$ до $0,67 \pm 0,05$ посещений в год при $p=0,00$).

Заключение. Полученные в исследовании данные о реабилитационном потенциале восстановительного лечения можно использовать для состав-

ления индивидуальных программ медицинской реабилитации в амбулаторных условиях. Исследование показало, что городская поликлиника, укомплектованная квалифицированными специалистами и специальным оборудованием, может оказывать эффективную стационарзамещающую амбулаторную помощь, которая улучшает качество жизни пациентов и обеспечивает экономическую выгоду за счет существенного снижения потребности пациентов с ДДЗП в первичной медико-санитарной помощи.

МЕДИЦИНСКАЯ НАУКА НА СТЫКЕ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Романова Любовь Александровна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пилькова Татьяна Юрьевна

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова. Кафедра профилактической медицины и охраны здоровья. 195067, г. Санкт-Петербург, Пискаревский пр., д. 47. E-mail: Ljubasha98@yandex.ru

Ключевые слова: междисциплинарность в медицине; естественные науки и компьютеры; IT-медицина; искусственный интеллект.

Введение. В настоящее время традиционное разделение на людей гуманитарного и технического образования постепенно исчезает. Сегодня уже нет возможности заниматься только гуманитарной сферой, не имея представления о технологиях и естественнонаучной картине мира. Изменения уже начали происходить на международном рынке труда и напрямую затрагивают всех современных работающих профессионалов и нынешних студентов. Во всём мире прогнозируется увеличение интереса учащихся именно к междисциплинарному образованию, которое в перспективе даст возможность специалистам обеспечить свое будущее и карьерный рост.

Цель исследования. На основании анализа литературных источников оценить важность интеграции IT-технологий с медицинскими специальностями, как с научной точки зрения, так и профессиональной.

Материалы и методы. В ходе исследования был сделан аналитический обзор литературных источников отечественных и зарубежных авторов глубиной 10 лет.

Результаты. По нашим данным, именно цифровые технологии будут занимать лидирующие позиции в профессиях «будущего» в том числе и медицине. IT-медицина — яркий современный представитель междисциплинарного подхода. Всем известно, что основная цель здравоохранения — повышение качества жизни населения за счет укрепления здоровья, своевременной профилактики и лечению болезней. Один из способов ее достижения — цифровизация медицины, в том числе, внедрение IT-технологий в ежедневную практику врачей. Одним из ярких примеров — искусственный интеллект и его влияние на распознавание рака молочной железы. На основе анализа маммограмм Mirai (Mirai — система, разработанная в Массачусетском технологическом институте) оценивает веро-

ятность опасного заболевания и дает дальнейшие рекомендации — проведение МРТ-исследования/биопсии. Предсказания искусственного интеллекта оказались точными в 76 из 100 случаев. Исследования проводились в США и Великобритании. Результаты эксперимента оказались в пользу технологий: уменьшение количества ложноположительных результатов (здоровые женщины, у которых заподозрили заболевание): ИИ оказался точнее человека на 5,7 и 1,2% для данных из США и Великобритании соответственно; уменьшение количества ложноположительных результатов (женщины с признаками рака молочной железы, которых не направили на дальнейшее обследование): на 9,4 и 2,7% для США и Великобритании соответственно. Согласно статистике, раннее выявление онкологии обеспечивает 80% выживаемость по сравнению с менее чем 20% при обнаружении рака на поздних стадиях. Таким образом, нельзя не отметить профилактический момент искусственного интеллекта в развитии патологий.

Заключение. Процесс образования междисциплинарных модулей на стыке специальностей — это многогранный процесс, который приводит к качественно новому подходу в осуществлении профессиональной деятельности, в том числе с использованием цифровых технологий, позволит приобрести новые профессиональные компетенции, а также усовершенствовать уже имеющиеся. Медицинские специальности нуждаются в постоянном применении цифровых технологий не только для обеспечения оказания качественной медицинской помощи населению, но также для планирования и реализации межсекторальных программ и мероприятий по профилактике заболеваний и укреплению здоровья населения, эффективному управлению и администрированию (менеджменту) в области общественного здоровья и здравоохранения.

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ МАССОВОЙ ИММУНИЗАЦИИ НАСЕЛЕНИЯ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ГРИППОМ НА ТЕРРИТОРИИ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ В 2005–2021 ГОДАХ

Мамонтова Наталия Сергеевна

Научный руководитель: Соколова Ольга Витальевна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.
163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: sidorova_ns4@mail.ru

Ключевые слова: грипп; заболеваемость; Архангельская область; иммунопрофилактика.

Введение. В настоящее время грипп остается одной из актуальных проблем здравоохранения. Экономический ущерб от заболевания населения Российской Федерации гриппом в 2021 году составил 727 983,8 тыс. рублей и занял по данному показателю 10 место среди прочих инфекционных заболеваний. В 2020 этот показатель составлял 1 577 740,0 тыс. рублей. В последние годы благодаря организации целенаправленной прививочной кампании и комплексным усилиям по информированию населения существенно увеличен охват населения профилактическими прививками против гриппа.

Цель исследования. Целью данной работы является проведение оценки влияния ежегодной вакцинации против гриппа населения Архангельской области на заболеваемость данной инфекцией на территории региона в период с 2005 по 2021 годы. Задачами исследования являются изучение многолетней динамики заболеваемости гриппом на территории Архангельской области, а также оценка связи между уровнем охвата профилактическими прививками против гриппа и заболеваемостью данной инфекцией.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости гриппом, а также уровней охвата иммунизацией против гриппа населения Архангельской области на основании ежегодных государственных докладов Управления Роспотребнадзора по Архангельской области и ежегодных государственных докладов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Оценка связи между уровнем охвата профилактическими прививками и заболеваемостью населения Архангельской области гриппом выполнена с использованием коэффициента корреляции рангов Спирмена, а также коэффициента детерминации. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты. В ходе проведения анализа заболеваемости гриппом населения Российской Федерации и Архангельской области за 2005–2021 годы, установлено, что заболеваемость совокупного населения Архангельской области в целом выше заболеваемости по Российской Федерации. Как в Российской Федерации, так и в Архангельской области заболе-

ваемость населения гриппом имеет тенденцию к снижению. По сравнению с 2005 годом в 2021 году заболеваемость гриппом на территории Архангельской области снизилась в 77,5 раз. Охват ежегодной вакцинацией против гриппа на территории Архангельской области имеет тенденцию к росту, за последние 17 лет этот показатель увеличился более чем в 2,5 раза. В ходе исследования был рассчитан коэффициент корреляции рангов Спирмена между заболеваемостью гриппом и охватом профилактическими прививками против гриппа совокупного населения Архангельской области за период с 2005 по 2021 год, который составил $-0,78$, что свидетельствует об обратной сильной корреляционной связи между данными показателями. Соответственно, при увеличении показателя охвата профилактическими прививками против гриппа происходит снижение заболеваемости гриппом. Так как полученное расчетное значение коэффициента корреляции больше табличного критического значения критерия корреляции Спирмена, можно сделать вывод, что выявленная взаимосвязь между охватом профилактическими прививками против гриппа и заболеваемостью гриппом является статистически значимой. Для полученного коэффициента корреляции также был определен коэффициент детерминации, который составил $0,6$. Таким образом, доля, на которую величиной охвата профилактическими прививками можно объяснить изменение уровня заболеваемости гриппом на территории Архангельской области, составляет 60%. На остальных 40% снижение заболеваемости гриппом на территории Архангельской области обусловлено прочими факторами.

Заключение. Эпидемиологическая ситуация по заболеваемости гриппом на территории Архангельской области в настоящее время имеет тенденцию к снижению. Однако показатели заболеваемости гриппом на территории региона превышают общероссийские. На основании проведенной оценки взаимосвязи между показателями заболеваемости гриппом и охвата профилактическими прививками против гриппа на территории Архангельской области за 2005–2021 годы, можно сделать вывод, что при повышении уровня иммунной прослойки населения происходит снижение уровня заболеваемости гриппом.

ОЦЕНКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ХИМИЧЕСКИХ ВЕЩЕСТВ ПОЧВЫ НА ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ В ГОРОДАХ АРХАНГЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Дерябин Алексей Николаевич

Научный руководитель: д.м.н., доцент, профессор Унгуряну Татьяна Николаевна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра гигиены и медицинской экологии.
163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: deryabin-an@mail.ru

Ключевые слова: почва; химические вещества; оценка риска здоровью детей.

Введение. Загрязнение почвы химическими веществами, может оказывать негативное влияние на здоровье детей, как при прямом контакте с почвой, так и через смежные с почвой среды (атмосферный воздух, вода, пищевые продукты) [1–3]. Тяжелые металлы, являясь основными химическими веществами, загрязняющими почву, могут вызывать общетоксические, аллергические и канцерогенные эффекты [4, 5]. К группе с высоким риском здоровью относятся дети дошкольного возраста ввиду их частого контакта с почвой при поглощении почвы, касании рта загрязненными землей или песком руками, ходьбе босиком, игре в песочнице. Областью исследования выбраны 3 крупных промышленных города Архангельской области (г. Архангельск, г. Северодвинск, г. Новодвинск), которые расположены в арктической зоне [6] и где проживает 50% детей дошкольного возраста [7]. В северных регионах холодные климатические условия, малое количество осадков, непродолжительный вегетационный период, интенсивное воздействие на окружающую среду промышленных предприятий и автотранспорта способствуют накоплению содержания тяжелых металлов в почве, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Выполнить оценку неканцерогенного риска здоровью детей в городах Архангельске, Северодвинске и Новодвинске при воздействии химических веществ, загрязняющих почву.

Материалы и методы. Для исследования использованы данные социально-гигиенического мониторинга ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Архангельской области и НАО» за 2007–2021 годы по содержанию 9 тяжелых металлов: медь (Cu), хром (Cr), цинк (Zn), никель (Ni), марганец (Mn), свинец (Pb), ртуть (Hg), кадмий (Cd) и кобальт (Co). Все пробы почвы были отобраны с мая по октябрь на территории 24 детских образовательных учреждений в городах Архангельске, Северодвинске и Новодвинске. Для изучения местных факторов экспозиции, связанных с воздействием почвы, выполнено поперечное исследование. Проанкетировано 696 детей в возрасте от 3 до 6 лет. Исследованы следующие факторы экспозиции: масса тела (кг), пло-

щадь поверхности тела (m^2), длительность воздействия (дней в году), время пребывания на открытом воздухе (часы/день), длительность контакта с почвой во время игры (мин). Исследование одобрено этическим комитетом ФГБОУ ВО «Северный государственный медицинский университет» (г. Архангельск) в 2016 году. Для представления количественных данных использовались медиана (Me), 90-й перцентиль (P_{90}) и 95% доверительный интервал для Me (95% ДИ), так как их распределение по критерию Shapiro–Wilk отличалось от нормального. Сравнение уровней загрязнения почвы тяжелыми металлами между городами проведено с помощью критерия Kruskal–Wallis. Критический уровень статистической значимости принимался равным 0,05. Статистический анализ выполнен в программе STATA 14.0. Оценка риска здоровью детского населения при воздействии тяжелых металлов почвы выполнена для двух путей экспозиции — перорального и кожного. Для оценки риска развития общетоксических эффектов использовался подход референтных доз и значения факторов экспозиции, полученные в ходе поперечного исследования. Характеристика неканцерогенных эффектов проводилась на основе суммарных коэффициентов (THQ) и индексов (THI) опасности. За допустимый уровень принимались значения THQ и THI менее 1,0 [8].

Результаты. За исследуемый период в рамках мониторинга качества почвы на территориях детских учреждений в Архангельске, Северодвинске и Новодвинске исследовано 16496 проб почвы, из которых 874 пробы (5,3%) не соответствовали гигиеническим нормативам. Содержание химических веществ в почве города Архангельска не превышало гигиенических нормативов. В Новодвинске концентрация Zn в почве на уровне P_{90} была выше ПДК на 34%. Наибольшее количество проб почвы, не отвечающих требованиям санитарного законодательства, по содержанию металлов, отмечалось в городе Северодвинске (93% от общего количества нестандартных проб). Сравнительный анализ содержания химических веществ в почве детских учреждений городов Северодвинска, Архангельска и Новодвинска показал, что загрязнение почвы металлами в Северодвинске статистически значимо

выше ($p < 0,001$), чем в других городах исследования. Концентрация в почве Cu, Zn, Ni и Pb на уровне P_{90} оказалось выше ПДК в 2–3 раза. Уровни загрязнения почвы в Северодвинске Cu, Zn, Mn, Pb, Hg и Cd в 1,3–13 раз выше, а Cr, Ni и Co в 14–60 раз выше по сравнению с Архангельском и Новодвинском ($p < 0,001$). В тоже время медианные концентрации химических веществ в почве городов не превышали гигиенических нормативов. Высокий уровень содержания металлов в почве Северодвинска обусловлен высокой плотностью выбросов промышленных предприятий судостроения и машиностроения, которые составляют до 19 кг/км². В Архангельске и Новодвинске плотность выбросов загрязняющих веществ от стационарных источников и автотранспорта составляет 0,7 и 1,2 кг/км² соответственно. Анализ региональных факторов экспозиции, по результатам выборочного обследования детей в возрастной группе 3–6 лет показал, что средняя масса детей составляет 18 кг (95% ДИ: 18–19), площадь поверхности тела — 0,75 м² (95% ДИ: 0,74–0,76). С мая по октябрь дети проводят на игровых площадках 48 дней (95% ДИ: 42–50), при этом длительность игры составляет в среднем 55 минут в день (95% ДИ: 45–60). Вклад перорального пути в суммарную дозу при комплексном воздействии тяжелых металлов составил 93%. Значения суммарных коэффициентов опасности (ТНҚ) на уровне Me и P_{90} содержания тяжелых металлов в почве исследуемых городов не превышали 1,0. Сравнение суммарных индексов опасности развития неканцерогенных эффектов для детей 3–6 лет на уровне 90-го перцентиля между исследуемыми городами выявило, что в Северодвинске суммарные индексы опасности в 10–30 раз выше, чем в Архангельске и Новодвинске. Наиболее высокие значения ТНІ установлены для сердечно-сосудистой системы и системы крови, основной вклад принадлежит марганцу (43%) и кобальту (33%). Следует отметить, что суммарные индексы опасности во всех городах со стороны всех критических органов и систем не превышали допустимый уровень (ТНІ=1,0).

Заключение. Почва на территориях детских образовательных учреждений в Северодвинске, где приоритетными отраслями промышленности являются судостроение и машиностроение, наиболее загрязнена химическими веществами, чем почва других исследуемых городов Архангельской области. Риск развития общетоксических эффектов со стороны критических органов и систем при воздействии металлов, загрязняющих почву, для здоровья

детского населения в исследуемых городах оценивается как низкий. Пероральный путь является основным при поступлении металлов с почвой для детей в возрасте от 3–6 лет. Необходимо отметить, что настоящее исследование дополняет существующие данные о факторах экспозиции, связанных с воздействием загрязняющих веществ почвы в условиях холодного климата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов Н.А. Диагностика территорий по интегральным показателям химического загрязнения почв и грунтов // Гигиена и санитария. 2014. № 93(1). С. 92–97.
2. Водянова М.А., Крятов И.А., Донерьян Л.Г., Евсеева И.С., Ушаков Д.И., Сбитнев А.В. Эколого-гигиеническая оценка качества почв урбанизированных территорий // Гигиена и санитария. 2016. № 10 (95). С. 913–916.
3. Тафеева Е.А., Иванов А.В., Титова А.А., Петров И.В. Содержание тяжелых металлов и нефтепродуктов в почве на территории нефтедобывающих районов республики Татарстан // Гигиена и санитария. 2016. Т. 95. № 10. С. 939–941.
4. Щербаков А.В., Щербакова В.Н. Влияние на здоровье человека загрязнения почв // Актуальные проблемы естественнонаучного образования, защиты окружающей среды и здоровья человека. 2016. Т. 4. № 4. С. 424–426.
5. Landes F.C., Inauen J., Ponce-Canchihuamán J., Markowski K., Ellis T.K. et al. Does involving parents in soil sampling identify causes of child exposure to lead? A case study of community engagement in mining-impacted towns in Peru // GeoHealth. 2019. Vol. 3 (8). P. 218–236.
6. О сухопутных территориях Арктической зоны Российской Федерации: указ Президента РФ от 2 мая 2014 № 296 // Собрание законодательства РФ. 2014. № 18 (часть I). Ст. 2136.
7. Краснощеков Ю.Н. Микроэлементы в почвах псевдотаежных лиственных лесов Центрального Хангая в Монголии // Сборник материалов Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной 50-летию Института почвоведения и агрохимии СО РАН / отв. ред. А.И. Сысо. Томск. 2018. С. 47–51.
8. Руководство по оценке риска для здоровья населения при воздействии химических веществ, загрязняющих окружающую среду / Р 2.1.10.1920-04. М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2004. 143 с.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ОБУЧАЮЩИХСЯ СЕВЕРНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО МЕДИЦИНСКОГО УНИВЕРСИТЕТА В ВОПРОСАХ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА

Завьялов Александр Олегович

Научный руководитель: к.м.н., доцент Игнатова Ольга Анатольевна

Северный государственный медицинский университет. Кафедра общественного здоровья, здравоохранения и социальной работы. 163000, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: zavyalov.aleksander2013@yandex.ru

Ключевые слова: цифровизация здравоохранения; практическое здравоохранение; ординаторы; студенты.

Введение. Практическая деятельность современного медицинского работника в Российской Федерации подразумевает обязательное использование широкого спектра информационных продуктов, отвечающих требованиям реализации государственной политики в сфере цифровизации здравоохранения. Необходимые умения и навыки формируются, прежде всего, во время обучения в образовательной организации. Однако на практике организаторы здравоохранения часто сталкиваются с тем, что компетенции по использованию информационных технологий у врачей сформированы в медицинском вузе в недостаточном объеме. Молодые врачи испытывают трудности в начале самостоятельной деятельности, что в свою очередь снижает эффективность результатов работы. Руководителями медицинских организаций отмечается также отсутствие должного уровня осведомленности обучающихся относительно наличия информационных инструментов, находящихся в поле их непосредственной деятельности как в настоящем, так и в будущем.

Цель исследования. Оценить осведомленность обучающихся Северного государственного медицинского университета в вопросах использования информационных технологий в практической деятельности медицинского работника и степень готовности к эффективной работе с ними на этапе обучения в высшем учебном заведении.

Материалы и методы. Проведено анкетирование обучающихся различных направлений подготовки ФГБОУ ВО СГМУ (г. Архангельск) Минздрава России. Всего опрошено 400 человек (200 студентов 5 курса лечебного и педиатрического факультетов, 4 курса стоматологического факультета; 200 ординаторов 2 года обучения). В анкету были включены вопросы со свободным ответом.

Результаты. Общую осведомленность в вопросах информатизации здравоохранения продемонстрировало 100% опрошенных студентов и ординаторов (400 человек). С мероприятиями, ре-

ализующими государственную политику в сфере информатизации здравоохранения, знакомо 80% опрошенных (320 человек), из них 200 ординаторов (100%) и 120 студентов (60%). Среди конкретных цифровых продуктов, с которыми обучающиеся взаимодействовали в практической деятельности (в работе или во время производственной практики), были перечислены различные медицинские информационные системы, цифровое диагностическое и лабораторное оборудование, программы выписки электронных больничных листов и льготных лекарственных препаратов и др. Анализ ответов свидетельствует о том, что 90% обучающихся (360 человек), из них 170 ординаторов (85%), 190 студентов (95%) испытывали затруднения при использовании цифровых технологий в здравоохранении. При ответе на вопрос о характере возникающих трудностей 140 ординаторов (70%) отметили необходимость осваивать навыки на рабочем месте в условиях ограниченного времени приема, 100 человек (50%) указало на технические проблемы (медленная работа медицинских информационных систем, перебои в работе локальных сетей, несовместимость новых программ и устаревшего оборудования, длительное время ожидания устранения возникших проблем и пр.). Решение проблем 80% обучающихся (320 человек) видят в увеличении доли практической составляющей в изучении цифровых технологий во время обучения в вузе, 20% (80 человек) — в совершенствовании материально-технической базы медицинских организаций. В качестве предложений по совершенствованию процесса цифровизации здравоохранения в анкетах отмечались необходимость внедрения единой системы обмена информацией между медицинскими организациями и сервисов, упрощающих взаимодействие между врачом и пациентом; унифицирование и ускорение работы медицинских информационных систем, создание удобных шаблонов; увеличение количества программистов и персонала, обслуживающего компьютерную тех-

нику. Высокую важность наиболее полного освоения информационных продуктов практического здравоохранения на этапе обучения в вузе обозначило 95% опрошенных ординаторов и студентов (380 человек).

Заключение. Обучающимися Северного государственного медицинского университета продемонстрирован высокий уровень осведомленности в вопросах использования информационных технологий в сфере здравоохранения. Обучающиеся в процессе освоения информационных технологий сталкиваются с проблемами недостаточного количества практической подготовки, а также с проблемами, связанными с техническим обслуживанием

используемых программ. Ординаторы испытывают меньше затруднений при работе с информационными технологиями, отмечая, что полноценное их освоение наступает на этапе осуществления профессиональной деятельности. Проведенное анкетирование продемонстрировало необходимость совершенствования цифровых компетенций на всех этапах обучения — от специалитета до ординатуры с увеличением практической составляющей. Анкетирование в дальнейшем может быть применено не только для оценки сформированности соответствующих компетенций во время обучения, но и в качестве инструмента совершенствования процесса информатизации здравоохранения.

СИМУЛЯЦИЯ КАК СПОСОБ НАУЧНОГО ПОЗНАНИЯ

Близнякова Дарья Сергеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Гавщук Максим Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: d.bliznyakova@yandex.ru

Ключевые слова: симуляционное обучение; гастростомия; студенческое научное общество; изобретения.

Введение. Симуляционное обучение широко применяется во всем мире. Оно позволяет безопасно и многократно отработать практические навыки, соблюдаются этические нормы, используются высокотехнологичные манекены. В то же время задача преподавателя не только соблюдать компетентностный подход в обучении, контролировать знания, умения и навыки, но и заинтересовать студентов своей дисциплиной, показать возможности современных оригинальных отечественных технологий, перспективы научного поиска и создать условия для проявления инициативы, разработки и изобретений новых конструкций, программ и технологий. Важной задачей является обучение студентов навыкам научного поиска и исследовательской работы, приобщение их к процессу научного познания.

Цель исследования. Продемонстрировать возможности симуляционных технологий для научного познания и приобщения студентов к научно-исследовательской работе.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов части научно-исследовательской деятельности кафедры общей медицинской практики с использованием симуляционных подходов. Дана оценка вовлеченности и эффективности обучающихся по количеству публикаций и изобретений.

Результаты. В 2017 году совместно с кафедрой оперативной хирургии и топографической анатомии имени проф. Ф.И. Валькера проведена серия экспериментальных операций, во время которых смоделированы основные этапы чрескожной эндоскопической гастростомии (ЧЭГ). Полученные данные позволили разработать оригинальное приспособление для проведения гастростомической трубки (Патент RU 2669483 С1). Востребованность симуляционного обучения ЧЭГ побудило продолжать работу. В результате изобретен и изготовлен симулятор для ЧЭГ (Патент 2765110 С1). Полученные при симуляции ЧЭГ на манекене и лабораторных животных данные позволили разработать оригинальные приспособления для ЧЭГ: гастростомическая трубка (Патент 2730978 С1) и наружная прижимная пластинка (Патент 2759574 С1), которые вместе с приспособлением для проведения гастростомической трубки в совокуп-

ности являются гастростомической трубкой для пункционной гастростомии. Участие студентов в серии экспериментов с различными симуляциями кормления через гастростому *in vitro* позволили получены точные данные об оптимальных размерах и материалах для производства изобретенных приспособлений, разработаны рекомендации по уходу и кормлению через гастростому, изобретен оригинальный способ медленного введения питательной смеси. Следует отметить, что в ходе симуляций различных способов гастростомии *in vitro* и *in vivo* разработаны объективные критерии выбора метода операции по необходимой площади стенки желудка, разработана оригинальная малоинвазивная операция гастростомии через минилапаротомию (Патент 2745655 С1), которая проходит клиническую апробацию. По результатам описанной научно-исследовательской работы сделано 5 изобретений, опубликовано 9 статей в журналах [1–9], 1 учебное наглядное пособие [10] и 16 тезисов на различных конференциях. В исследованиях участвовали 23 студента, которые стали авторами и соавторами публикаций. Среди них 5 человек стали соавторами патентов на изобретения. На конференциях для студентов и молодых ученых 7 докладов заняли призовые места.

Заключение. Применение симуляционных технологий позволяет не только обучать слушателей, но и мотивировать получать новые знания. Разработка и применение симуляции различных процессов вызывает интерес у студентов, вовлекает в научную деятельность и позволяет получить доступные модели для обучения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гавщук М.В., Гостимский А.В., Багатурия Г.О. и др. Возможности импортозамещения в паллиативной медицине // Педиатр. 2018. Т. 9, № 1. С. 72–76. DOI 10.17816/PED9172-76.
2. Гостимский А.В., Гавщук М.В., Завьялова А.Н. и др. Особенности нутритивной поддержки и ухода за пациентами с гастростомой // Медицина: теория и практика. 2018. Т. 3, № 2. С. 3–10.
3. Гавщук М.В., Гостимский А.В., Лисовский О.В. и др. Симуляционная учебная методика выполнения чрескожной эндоскопической гастростомии //

- Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2020. Т. 179, № 6. С. 50–54. DOI 10.24884/0042-4625-2020-179-6-50-54.
4. Гавщук М.В., Гостимский А.В., Завьялова А.Н. и др. Выбор способа лапаротомной гастростомии у паллиативных больных // Медицина: теория и практика. 2020. Т. 5, № 3. С. 29–31.
 5. Гавщук М.В., Зорин И.М., Власов П.С. и др. Сравнение устойчивости различных материалов гастростомических трубок к воздействию повреждающих факторов в модельном эксперименте in vitro // Педиатр. 2021. Т. 12, № 5. С. 47–52. DOI: 10.17816/PED12547-52.
 6. Гавщук М.В., Кликунова К.А., Завьялова А.Н. и др. Изучение оптимального диаметра питательной трубки для энтерального питания в модельном эксперименте // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2022. № 1(197). С. 80–86. DOI: 10.31146/1682-8658-esg-197-1-80-86.
 7. Гавщук М.В., Кликунова К.А., Завьялова А.Н. и др. Физиологическая температура питательной смеси при капельном кормлении через гастростому // Профилактическая и клиническая медицина. 2022. № 2(83). С. 61–65. DOI: 10.47843/2074-9120_2022_2_61.
 8. Гавщук М.В., Лисовский О.В., Гостимский А.В. и др. Клинические наблюдения минимальной гастростомии через минилапаротомию у паллиативных больных // Acta Biomedica Scientifica (East Siberian Biomedical Journal). 2022. Т. 7, № 1. С. 182–188. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.1.21.
 9. Gavshchuk M.V., Orel V.I., Lisovskii O.V. et al. Comparison of different gastrostomy methods according to objective criteria // University Therapeutic Journal. 2023. Vol. 5, No. 1. P. 110–113. DOI 10.56871/UTJ.2023.45.16.008.
 10. Гавщук М.В., Завьялова А.Н., Гостимский А.В. и др. Уход за пациентами с гастростомой: Учебное наглядное пособие для обучающихся. Санкт-Петербург: Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. 16 с. (Библиотека педиатрического университета). ISBN 978-5-907321-26-7.

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ

АНАЛИЗ ВТОРОГО ЭТАПА УНИВЕРСАЛЬНОГО АУДИОЛОГИЧЕСКОГО СКРИНИНГА В ОТДЕЛЕНИИ ПАТОЛОГИИ НОВОРОЖДЕННЫХ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ЦЕНТРА

Русинова Анна Анатольевна

Научный руководитель: ассистент кафедры оториноларингологии СПбГПМУ Горкина Оксана Константиновна.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра оториноларингологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: 4038377@gmail.com

Ключевые слова: аудиологический скрининг; недоношенный ребенок; тугоухость; нарушения слуха; слуховая нейропатия.

Введение. За последнее время произошло значительное качественное улучшение помощи детям родившимся раньше срока. Тем не менее незрелость всех органов и систем, воздействие факторов, ставших причиной преждевременных родов, применение интенсивной терапии негативно сказываются на состоянии слухового анализатора.

Тяжесть сочетанной патологии требует реабилитации и лечения после выписки из стационара. Это отвлекает внимание родителей и докторов от проблемы слухоречевой патологии. Повышению настороженности к состоянию слуха может способствовать выявление наиболее патогенных факторов возникновения врожденной тугоухости на этапе лечения в отделении патологии новорожденных.

Цель исследования. Определение распространенности нарушения слуха среди младенцев в отделении патологии новорожденных перинатального центра ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России г. Санкт-Петербурга, выявление наиболее значимых факторов возникновения врожденной тугоухости.

Материалы и методы. В группу исследования включено 92 ребенка находившихся на лечении в отделении патологии новорожденных. Гестационный возраст детей составил от 24 до 41 недель.

Для оценки состояния слуха на втором этапе аудиологического обследования использовались объективные методы диагностики: задержанная вызванная отоакустическая эмиссия (ЗВОАЭ), импедансная аудиометрия, регистрация коротко латентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП), стационарных слуховых вызванных потенциалов (ASSR).

Результаты. В группедетей, успешно прошедших первый этап аудиологического скрининга тугоухость выявлена у 3%, у детей которым скрининг не проводился — у 28%.

Сенсоневральная тугоухость 1–2 степени выявлена у 4 детей (4%), сенсоневральная тугоухость 3–4 степени — 5 детей (5%), сенсоневральная тугоухость односторонняя — 2 младенца (2%), Слуховая нейропатия — 3 младенца (3%), кондуктивная тугоухость 1–2 степени — 3 младенца (3%), кондуктивная тугоухость односторонняя — 6 детей (7%), смешанная тугоухость 1–2 степени — 2 младенца (2%), смешанная тугоухость 3–4 степени — 4 младенца (4%).

При анализе взаимосвязи нарушения слуха с частотой встречаемости факторов риска в группе исследования наиболее значимыми оказались:

Со стороны матери: токсикозы беременности (86%), перенесенные инфекционные заболевания во время беременности (68%).

Со стороны младенца: тяжелое гипоксическимогеморрагическое поражение ЦНС (72%); тяжелая анте- и интранатальная гипоксия (70%); получение лекарственных препаратов с потенциальным ототоксическим эффектом (70%); пребывание новорожденного в палате интенсивной терапии более 48 часов (62%); асфиксия (51%). Другие факторы возникновения врожденной тугоухости представлены в меньшем процентном соотношении.

Заключение. Распространенность нарушения слуха среди младенцев в группе исследования составила 32%;

Особое внимание следует уделять детям со следующими факторами риска: токсикозы беременности у матери; тяжелое гипоксическимогеморрагическое поражение ЦНС; тяжелая анте- и интранатальная гипоксия плода; новорожденные получающие лекарственные препараты с потенциальным ототоксическим эффектом; инфекционные и вирусные заболевания матери во время беременности; пребывание новорожденного в палате интенсивной терапии более 48 часов, асфиксия.

Высокая встречаемость тугоухости среди детей группы риска показывает целесообразность расширения объема обследования и демонстрирует необходимость тщательного исследования слуха с проведением, регистрации коротко латентных слуховых вызванных потенциалов (КСВП) дополнительно к регистрации отоакустической эмиссии (ОАЭ). Что позволит выявлять такие формы нарушения слуха, как слуховая нейропатия. Так как при изолированном исследовании ОАЭ данная патология может расцениваться как вариант нормы.

Восприятие внешних раздражителей является фундаментом формирования мыслительной способности. Причиной вторичных нарушений развития психических процессов: внимания, коммуникации, развития речи, памяти — во многих случаях является даже небольшое снижение слу-

ха. При своевременно начатой программе помощи дети со сниженным слухом мало чем отличаются от сверстников. Они ходят в обычные детские сады и школы, учатся играть на музыкальных инструментах, успешно осваивают иностранные языки. Однако нужно помнить, программа помощи будет наиболее эффективна, если она начата в первые месяцы жизни ребенка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Королёва И.В., Туфатулин Г.Ш., Намазова-Баранова Л.С., Артюшкин С.А. Практическое пособие по аудиологическому скринингу новорождённых. СПб.: СПб НИИ уха, горла, носа и речи, 2022. 60 с.
2. Объективные методы исследования слуха / Г.В. Власова, П.В. Павлов, Е.С. Гарбарук, М.Л. Захарова. СПб.: СПбГПМУ, 2021 г. 28 с.

БАЛЛОННАЯ ДИЛАТАЦИЯ КАК МЕТОД ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО СТЕНОЗА ГОРТАНИ У ДЕТЕЙ ГРУДНОГО ВОЗРАСТА

Маслей Полина Ивановна

Научный руководитель: д.м.н., доцент Захарова Мария Леонидовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра оториноларингологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: polinagaskova@mail.ru

Ключевые слова: хронический рубцовый стеноз гортани у детей; эндоскопическая баллонная ларинготрахеопластика; врожденный порок развития гортани.

Введение. Достижения перинатальной медицины привели к значительному снижению смертности новорожденных в отделениях реанимации, однако они также связаны и с увеличением продолжительности эндотрахеальной интубации. Это привело к росту частоты развития хронического стеноза гортани у младенцев. Данная патология зачастую требует оперативного хирургического лечения для обеспечения проходимость дыхательных путей. Существуют разные способы оперативного вмешательства по поводу постинтубационного и врожденного стеноза подголосового отдела гортани. Эндоскопическая баллонная ларинготрахеопластика имеет преимущество в плане решения этой проблемы благодаря техническому развитию и эндоскопическим технологиям. Данная операция приводит к немедленному и достаточно стойкому улучшению проходимости дыхательных путей. Это позитивно отражается на психоэмоциональном состоянии родителей и ребенка, так как позволяет избежать трудностей ухода и осложнений, которые возможны при наложении трахеостомы.

Цель исследования. На основе научной литературы, опыта лечения данной категории пациентов на отделении отоларингологии СПбГПМУ систематизировать информацию об основных патофизиологических механизмах и причинах возникновения хронического рубцового стеноза гортани у детей до года, обобщить данные об алгоритме диагностики и критериях отбора пациентов для данного вида хирургической коррекции, подробно описать ход оперативного вмешательства и осветить особенности послеоперационного ведения.

Материалы и методы. Был проведен анализ научной литературы, выборки пациентов возрас-

том до 1 года, которым была произведена баллонная дилатация на отделении отоларингологии СПбГПМУ в период с 2016 по 2022 г. Оценена степень недоношенности, сопутствующие патологии, число и кратность баллонных дилатаций, размеры баллона, наличие у пациента трахеостомы. По итогам составлена сводная таблица и проанализированы статистические данные.

Результаты. Оперативные вмешательства у детей первого года жизни составили 11,36% от всех баллонных дилатаций, проведенных в СПбГПМУ в изучаемый период времени. Больше половины пациентов являлись недоношенными, у всех детей в анамнезе присутствовала продленная ИВЛ. Успешность первичного вмешательства с помощью баллонной дилатации составила более 75%. Повторное вмешательство этого же типа потребовалось лишь дважды, и по итогу оказалось результативным.

Выводы. Баллонная дилатация является доступным и безопасным вариантом для улучшения проходимости дыхательных путей у детей первого года жизни с хроническим стенозом гортани в качестве первичного лечения. Однако стоит персонализировано подходить к выбору кандидатов для данного метода лечения и внимательно относиться к послеоперационному ведению пациента — это позволит избежать рестенозирования и обеспечит отличные результаты хирургического вмешательства. Данный метод показал высокую эффективность при врожденных пороках развития гортани (таких как мембрана подголосового отдела), при хронических рубцовых стенозах подголосового отдела гортани 1–3 степени по Myer–Cotton, протяженностью <5 мм.

РИНОЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ИНВАЗИВНЫЙ МУКОРМИКОЗ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЮНОШЕСКОГО АРТРИТА С СИСТЕМНЫМ НАЧАЛОМ — МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЙ ПОДХОД

Петрова Анастасия Николаевна, Шульга Евгения Александровна

Научные руководители: д.м.н., профессор Костик Михаил Михайлович, д.м.н. доцент Захарова Мария Леонидовна, к.м.н. Везезгов Вячеслав Александрович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра оториноларингологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: kuzia.kuznetzova@yandex.ru

Ключевые слова: мукоромикоз; зигомикоз; ювенильный артрит; эндоскопическая ринохирургия; амфотерицин В.

Введение. Мукоромикоз — редкая, агрессивная инфекция, вызываемая нитевидными грибами семейства Mucorales, ассоциирующаяся с высокими показателями заболеваемости и летальности. Общий уровень смертности среди взрослого населения составляет 50%. Представлен клинический случай риноцеребрального инвазивного мукоромикоза на фоне иммуносупрессивной терапии ювенильного артрита у девочки 10 лет. Заболевание характеризовалось наличием правостороннего сфеноидита, деструкцией стенок правой верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта, эпидуральной эмпиемой лобной и височных областей, остро возникшим сходящимся правосторонним косоглазием, парезом наружной прямой мышцы правого глаза, а также множественными мелкими очагами в обоих легких. Разнообразие клинических проявлений и множественная локализация процесса требуют коллегиального решения вопроса терапии данного пациента.

Цель исследования. Продемонстрировать клинический случай редкого грибкового заболевания у пациента с множественными факторами риска, таких как активность основного заболевания, длительное применение высоких доз глюкокортикоидов, множественной антибактериальной терапии широкого спектра действия. Оценка клинического течения, диагноза, медикаментозной терапии и текущей практики лечения инвазивных мукоромикозов в России и мире.

Материалы и методы. Анализ истории болезни, оценка этиологии, клинического спектра заболевания, диагностики, лечения в условиях оториноларингологического и Педиатрического отделения № 3 СПбГПМУ. Обзор отечественных и зарубежных источников.

Количество источников по данному заболеванию незначительное, терапия не стандартизирована.

Авторы сходятся во мнении, что прогнозировать лечение и исход заболевания очень трудно.

На ЛОР-отделении пациентке было выполнено эндоскопическое хирургическое вмешательство: правосторонняя этmoidэктомия, правосторонняя сфеномиемия под наркозом. Обнаружены некротизированные, пораженные грибом средняя носовая раковина, клетки решетчатого лабиринта. Отмечалась обнаженная кость в средней 1/3 дна полости носа с переходом на премаксиллярный гребень справа, обнаженная кость задней стенки правой верхнечелюстной пазухи, медиальная стенка верхнечелюстной пазухи разрушена патологическим процессом. При вскрытии правой половины клиновидной пазухи визуализирован отек слизистой. Также отмечался дефект слизистой с обнажением кости на твердом небе. В послеоперационном периоде пациентке начата системная терапия липосомальным амфотерицином В, позаканазолом, в комбинации с промыванием полости носа амфотерицином В. Отменена гормональная терапия. Антибактериальная терапия назначена с учетом высевов флоры из полости носа (эртапенем, фосфомицин, меропеним, ванкомицин). Ребенок наблюдался ревматологом, оториноларингологом, клиническим фармакологом, неврологом, нейрохирургом, офтальмологом, пульмонологом, микологом.

Результаты. Своевременное хирургическое лечение в сочетании с противогрибковой терапией, лечение основного заболевания повышают шансы на благоприятный исход столь агрессивного и смертоносного заболевания. Своевременная точная диагностика позволяет вовремя назначить этиотропную терапию.

Заключение. Риноцеребральный мукоромикоз на фоне ювенильного артрита у ребенка — уникальный клинический случай, не только в РФ, но и в мировой практике.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ УДАЛЕНИЯ ГИГАНТСКОЙ ОСТЕОМЫ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ

Габибли Айсель Герайкызы

Научные руководители: д.м.н., проф. Беличева Эльвира Георгиевна, к.м.н., доцент Тунян Наира Тиграновна, асп. Мороз Николай Владимирович, врач Гаджиев Гаджи Магомедзагирович

Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9.

E-mail: spbu@spbu.ru

Ключевые слова: остеома; околоносовые пазухи; хирургическое лечение.

Введение. Остеомы — это доброкачественные, медленно растущие остеогенные опухоли, чаще всего встречающиеся в костях черепа. Они также являются наиболее распространенными доброкачественными новообразованиями околоносовых пазух. Распространенность остеом в общей популяции составляет около 1% случаев. В оториноларингологии остеомы встречаются преимущественно в синоназальной области с поражением лобных пазух (80–96%), решетчатого лабиринта (2–15%), верхнечелюстных пазух (2–5%) и исключительно редко в клиновидных пазухах. Остеомы встречаются в разных возрастных группах, однако чаще всего развиваются в молодом возрасте во время активного роста костной ткани. Преимущественно характерны для мужчин — среди них выявляются в 2–3 раза чаще, чем у женщин. Существуют различные теории (например, связанные с развитием, травматические, инфекционные) для объяснения патогенеза остеом; тем не менее точная этиология остается спорной. Остеомы околоносовых пазух часто являются случайной находкой при рентгенологических исследованиях, потому что, как правило, бессимптомны. Прорастание опухоли в смежные анатомические области, а также при существенных размерах новообразования, приводящее к нарушению оттока из пазух, возникновению неврологических осложнений. К наиболее частым клиническим проявлениям остеомы относятся головная боль, вторичный синусит, экзофтальм с диплопией, перiorбитальный отек и ишемия зрительного нерва. Средний размер остеом параназальной области обычно варьируется от 2 до 30 мм. Остеома считается гигантской, если ее размер превышает 30 мм. Гигантские остеомы околоносовых пазух редкие, при этом для них характерно распространение в полость черепа или орбиты и развитие серьезных осложнений. Бессимптомные остеомы не требуют хирургического лечения. В современной хирургии используется несколько видов хирургических доступов при удалении остеом фронтоэтроидальной области: наружный, эндоназальный эндоскопический и комбинированный.

Цель исследования. Описание клинического случая удаления гигантской остеомы лобной пазухи.

Материалы и методы. Пациент Д., 58 лет доставлен 12.01.23 в СПб ГУЗ «Елизаветинская больница» с жалобами на отек в правой параорбитальной области, скудное гнойное отделяемое из носа. Заболел остро 02.01.23, когда появились выделения из носа, боль в горле, повысилась температура тела до 38,5 °С. Лечился симптоматически. 07.01.23 отекло верхнее, затем нижнее веко правого глаза. Обратился к офтальмологу, назначена терапия (Амоксиклав 2 г/сут), рекомендована КТ орбиты. 12.01.23 осмотрен офтальмологом повторно, направлен в стационар. При поступлении в ЛОР-отделение общее состояние пациента удовлетворительное, отмечается отек и инфильтрация в области века справа, гиперемия в области верхнего века, правосторонний экзофтальм. Движения правого глаза ограничены кнаружи незначительно, глазная щель самостоятельно не открывалась. Форма наружного носа не изменена, пальпация и перкуссия передних стенок околоносовых пазух безболезненная. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемизированная, носовая перегородка S-образно искривлена, носовые раковины отечные, в носовых ходах патологическое отделяемое скудное слизисто-гнойное, носовое дыхание затруднено. В клиническом анализе крови лейкоцитоз ($14,2 \times 10^9/\text{л}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. На СКТ полости носа и околоносовых пазух визуализируется образование (вероятно остеомы) правой половины лобной пазухи размерами $5,0 \times 2,5 \times 3,0$ см, с интракраниальным распространением, с деструкцией церебральной стенки правой лобной пазухи, с деструкцией орбитальной стенки правой лобной пазухи, с наличием на этом фоне содержимого (+50 ед.Х) в пазухе. Правосторонний экзофтальм на фоне инфильтративных изменений ретробульбарной клетчатки правой орбиты. Содержимого плотностью +32 ед.Х в обеих верхнечелюстных пазухах (до 1/2 объема пазух) на фоне одонтогенного утолщения слизистой, а также в клетках решетчатого лабиринта.

Результаты. На основании клинических данных, анамнеза, результатов СКТ установлен диагноз: Гигантская остеома правой лобной пазухи с деструкцией церебральной стенки, с деструкцией орбитальной стенки. Острый полисинусит, субпериостальный абсцесс правой орбиты. Эмпирически назначена антибактериальная терапия; противооперационная терапия. Было принято решение выполнить оперативное вмешательство в объеме радикальной фронтотомии справа и эндоскопической полисинусотомии. Было выполнено: эндоскопическая резекция крючковидного отростка, этмоидотомия, расширение естественных соустьев верхнечелюстной и лобной пазух справа и слева. Затем в типичном месте передняя стенка лобной пазухи справа трепанирована с помощью боров. При ревизии обнаружено, что полость лобной пазухи полностью выполнена гноем и твердым костным образованием (гигантская остеома) размерами 4,5×2,5×3,0 см. Остеома фрагментирована борами, удалена полностью. Выявлен дефект задней стенки лобной пазухи 1,5×1,3 см, через который остеома распространялась в переднюю черепную ямку. Твердая мозговая оболочка обнажена, гиперемирована. Ликвореи нет. Интраоперационно совместно с нейрохирургом принято решение о нецелесообразности применения специальных средств обработки твердой

мозговой оболочки и закрытия костного дефекта. При ревизии нижней стенки лобной пазухи обнаружен костный дефект размерами 1×0,6 см, через который выделился гной под давлением (субпериостальный абсцесс орбиты). Периаорбита не нарушена. Все патологические ткани удалены. Пазуха промыта физиологическим раствором, установлен трубчатый дренаж в полость носа. Кожа ушита узловыми швами. Выполнена передняя тампонада гемостатическими тампонами. Гемостаз постоятелен к концу операции. Материал направлен на гистологическое исследование. В раннем послеоперационном периоде отмечалась выраженная положительная динамика: значительное уменьшение отека параорбитальной области справа, постепенное увеличение глазной щели. Послеоперационный период проходил без осложнений. На 7-е сутки после операции пациент в удовлетворительном состоянии был выписан на амбулаторное лечение с незначительными реактивными явлениями под наблюдением оториноларингологом, офтальмологом, неврологом.

Заключение. Представленный клинический случай наглядно иллюстрирует, как длительное бессимптомное течение гигантской остеомы может впервые диагностироваться на фоне острого синусита и осложниться субпериостальным абсцессом орбиты.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЭТАПЫ ЛЕЧЕНИЯ ЮНОШЕСКОЙ АНГИОФИБРОМЫ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА IIIa СТАДИИ ПО U. FISH

Дудукчян Алина Арутюновна

Научные руководители: к.м.н., заведующий отделением оториноларингологии ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России Науменко Аркадий Николаевич, к.м.н., доцент Тунян Наира Тиграновна

Санкт-Петербургский государственный университет. 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., 7/9.
E-mail: alina14071998@mail.ru

Ключевые слова: юношеская ангиофиброма основания черепа; диагностика; синоназальные опухоли; хирургия основания черепа.

Введение. Юношеская ангиофиброма основания черепа (ЮАОЧ) — это редкая, доброкачественная, быстрорастущая сосудисто-фиброзная опухоль (0,05 до 0,5% всех опухолей головы и шеи), которая развивается преимущественно у подростков мужского пола и характеризуется агрессивным ростом и обильным кровоснабжением. Несмотря на доброкачественную морфологическую структуру, обладает склонностью к экспансивному росту с разрушением костных структур основания черепа. Помимо клинической картины и анамнестических данных, для диагностики ЮАОЧ используются рентгенологические методы (КТ ОНП, МРТ ГМ), эндоскопическое исследование полости носа.

Цель исследования. Демонстрация поэтапного хирургического лечения пациентов с юношеской ангиофібромой основания черепа.

Материалы и методы. Пациент А., 23 года, обратился к оториноларингологу в ФГБУ СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова ФМБА России с жалобами на затруднение носового дыхания слева, частые носовые кровотечения. При осмотре: общий носовой ход слева, носоглотка, ротоглотка obturirрованы объемным гипervasкуляризированным новообразованием с гладкой поверхностью багрового цвета. По данным КТ ОНП и МРТ ГМ: объемное новообразование, выполняющее левую крылонебную ямку, пролабирующее в полость носа, носо- и ротоглотку, подвисочную ямку слева, с разрушением дна клиновидной пазухи слева и пролабированием в нее. На основании данных результатов обследований, объективного осмотра и клинических данных, пациенту был установлен диагноз: Юношеская ангиофиброма IIIa стадии по U. Fish. Первым этапом, методом селективной ангиографии проведена эмболизация сосудов питающих

опухольс применениемнеадгезивнойклеевой композиции ONYX.В соответствии с рекомендациями, в течение 48 часов после эмболизации выполнено эндоскопическое эндоназальное удаление новообразования основания черепа. Кровопотеря составила 250 мл. Тампонада гемостатическими губками.

Результаты. В послеоперационном периоде проводилась симптоматическая терапия, санация полости носа с последующим удалением гемостатических губок и тампонов. На контрольной МРТ ГМ с внутривенным усилением сигнала (3-е сутки после оперативного вмешательства) определяются МР-признаки послеоперационных изменений, отек слизистых оболочек всех ОНП. При контрастном усилении отмечается линейное пристеночное накопление контраста по задней поверхности основной пазухи на фоне утолщенной слизистой без четкого узлового образования. Достоверно объемных образований не выявлено. При выписке пациенту рекомендован контроль МРТ ГМ с внутривенным усилением сигнала каждые 6 месяцев.

Выводы. Лечение пациентов с юношеской ангиофібромой должно осуществляться в 2 этапа с учетом индивидуальных особенностей течения и стадии заболевания. Хирургическая тактика должна включать в себя селективную эмболизацию питающих опухоль сосудов, центрипетальное выделение опухоли или удаление распространенных опухолей несколькими блоками с использованием навигационного, силового и высокоэнергетического оборудования. Ключевыми моментами эндоскопического эндоназального удаления ЮАОЧ являются: ревизия крылонебной и подвисочной ямок, основания крыловидных отростков и крыловидного канала на стороне поражения.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ КИСЛОГО ПЕПТИДОГЛИКАНА В ТЕРАПИИ ЮВЕНИЛЬНОГО РЕСПИРАТОРНОГО ПАПИЛЛОМАТОЗА

Толстова Елена Юрьевна

Научные руководители: к.м.н. Пряников Павел Дмитриевич, к.м.н. Сидоренко Светлана Ивановна

Обособленное структурное подразделение Российская детская клиническая больница федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета. 119571, Москва, Ленинский пр-т, д. 117.

E-mail: Telemed@rdkb.ru

Ключевые слова: ЮРП; причины; симптомы; терапия.

Введение. Проблема папилломатоза дыхательных путей у детей в ларингологии на протяжении многих лет привлекает пристальное внимание исследователей. Опухоль поражает как детей, так и взрослых, что нередко чревато тяжелыми угрожающими жизни пациента осложнениями. Среди доброкачественных заболеваний гортани папилломатоз составляет до 57,5%. Заболевание характеризуется рецидивирующим ростом папиллом на слизистой оболочке гортани, а также в других отделах (верхних и нижних) дыхательных путей. В США регистрируют от 1500 до 2500 вновь заболевших ежегодно. Уровень распространенности среди детей оценивают в 4,3 на 100 тысяч, среди взрослых — в 1,8 на 100 тысяч. В России РП не подлежит обязательному учету, поэтому соответствующие данные отсутствуют.

Цель исследования. Оптимальность дозировки и схемы ведения в отношении лечения ЮРП отечественным препаратом Иммуномакс (кислый пептидогликан), относящийся к группе иммуномодуляторов.

Материалы и методы. В ЛОР-отделении РДКБ Иммуномакс (кислый пептидогликан) получали 40 пациентов. Включены участники мужского и женского пола в возрасте до 18 лет.

Результаты. У всех на фоне терапии был отмечен выраженный положительный результат. (Наблюдается увеличение межгоспитальных промежутков в 1,5–2 раза, что ведет за собой меньшее число оперативных вмешательств и госпитализаций). У 20 больных отмечена клиничко-эндоскопическая ремиссия с элиминацией вируса из слизистой оболочки гортани, что мы определяли путем проведения полимеразной цепной реакции (ПЦР) к ВПЧ. Наблюдение за остальными пациентами продолжается.

Заключение. Оценка результатов лечения представляет определенные трудности из-за особенностей течения РП. В процессе течения ЮРП могут наступать как длительные ремиссии, так и периоды бурного роста. В целом, у 73% больных, используя комплексную терапию, нам удастся достичь хороших результатов (ремиссию от 1 года от более).

ВРОЖДЕННЫЙ СТРИДОР. ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Конова Милана Эдуардовна, Миронов Александр Юрьевич

Научные руководители: к.м.н. Пряников Павел Дмитриевич, к.м.н. Сидоренко Светлана Ивановна, Путилина Екатерина Александровна

Обособленное структурное подразделение Российская детская клиническая больница федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации. Кафедра оториноларингологии педиатрического факультета. 119571, Москва, Ленинский пр-т, д. 117. E-mail: milana.konova@mail.ru

Ключевые слова: стридор; ларингомаляция; дисфония; папилломатоз; фиброларингоскопия; лечение.

Введение. По данным статистики, в Российской Федерации и в мире ларингомаляция является самой распространенной врожденной патологией гортани и наиболее частой причиной врожденного стридора у новорожденных и грудных детей. Учитывая высокую вероятность развития апноэ у таких детей, вплоть до асфиксии и летального исхода, большая часть таких пациентов требует раннего хирургического лечения.

Цель исследования. Оценка эффективности применения метода холодно-плазменной абляции при выполнении супраглоттопластики для коррекции врожденной ларингомаляции.

Материалы и методы. Нами были прооперированы и проанализированы 45 детей с диагнозом Врожденная ларингомаляция.

Результаты. У 31 ребенка уже на следующий день (1-е сутки) после оперативного вмешательства отмечали практически полное купирование стридора и симптомов дыхательной недостаточности, хороший аппетит. Родители отмечали улучшение общего состояния, в большинстве случаев не требовалась обезболивающая терапия.

У 9 детей, которым потребовалась пролонгированная вентиляция легких, также отмечали улучшение дыхания и показателей на 1–2 сутки после эксубации.

У 2 пациентов как после холодно-плазменного метода, так и после стандартной хирургии улуч-

шение дыхания отметили только на 5–7-е сутки на фоне противоотечной терапии.

В 2 случае был диагностирован рецидив через 3 мес после операции с традиционным хирургическим способом, что потребовало повторного вмешательства.

У 1 ребенка диагностирован рецидив через 4 месяца после операции с использованием холодно-плазменного метода, что также потребовало повторного вмешательства.

Заключение. Таким образом, наиболее частой причиной стридора является ларингомаляция, что требует обязательной диагностики. «Золотым стандартом» является проведение диагностической фиброларингоскопии. случае неэффективности консервативной терапии или тяжелом течении ларингомаляции показано хирургическое лечение. Использование холодно-плазменного метода для лечения врожденной ларингомаляции доказало свою эффективность и безопасность у этой группы пациентов. Использование данного метода позволяет безопасно, быстро, одномоментно и качественно выполнить супраглоттопластику для коррекции данного порока развития. Также по нашим данным использование данного метода позволяет минимизировать риски рецидива заболевания и, как следствие, снизить риски фатального течения, а также значительно улучшить качество жизни у данной группы больных.

РАСШИРЕННЫЙ ВОДОПРОВОД ПРЕДДВЕРИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

Никитина Надежда Вадимовна, Русинова Анна Анатольевна

Научный руководитель: ассистент кафедры оториноларингологии СПбГПМУ Горкина Оксана Константиновна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра оториноларингологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: nadyan270798@mail.ru

Ключевые слова: порок развития внутреннего уха; расширенный водопровод преддверия; тугоухость; дети; компьютерная томография, аудиологическое обследование.

Введение. Водопровод преддверия (ВП) — тонкий костный канал в височной кости, соединяющий медиальную стенку преддверия внутреннего уха с задней поверхностью пирамиды височной кости, содержит эндолимфатический проток и часть эндолимфатического мешка.

Расширенный водопровод преддверия (РВП) — это распространенный порок развития костного лабиринта внутреннего уха, который приводит к развитию тугоухости различной степени тяжести.

В клинической практике для выявления причин тугоухости неясного генеза используется КТ височных костей: признаком РВП принято считать — расширение ВП на середине его длины более 1,5 мм (критерий Вальвассори).

Цель исследования. Демонстрация значимости КТ височных костей у пациентов с тугоухостью неясного генеза. Оценка особенностей клинических проявлений и зависимости между степенью тугоухости и расширением водопровода преддверия.

Материалы и методы. Проанализированы 4 истории болезни пациентов находившихся на лечении отоларингологического отделения СПбГПМУ, по поводу острого снижения слуха.

Было проведено: анализ выявления особенностей в анамнезе жизни и заболевания; аудиологическое обследование в объеме; тональная пороговая аудиометрия по стандартной методике, в соответствии с возрастом пациента; импедансометрия; отоакустическая эмиссия на частоте продукта искажения; мультиспиральная компьютерная томография височных костей; консультации эндокринолога, генетика.

Результаты. Представлены 4 клинических случая, в анамнезе жизни которых не было отмечено факторов риска по тугоухости и глухоте; первый этап аудиологического скрининга был пройден, наследственность не отягощена.

У 2 пациентов прослеживается зависимость появления жалоб от повышенной физической нагрузки:

- У пациента А. 4 лет наблюдалась тошнота, рвота, горизонтальный нистагм, отклонение влево при ходьбе после активных игр.

- У пациента Е. 9 лет жалобы на снижение слуха были отмечены после занятий футболом.

С целью исключения синдромальной патологии (синдром Пендрреда) пациенты были консультированы врачом эндокринологом: данные лабораторных показателей (ТЗ, Т4, ТТГ), УЗИ щитовидной железы — патология исключена.

Пациентам А. и Е. проведено генетическое консультирование — наследственный характер заболевания исключен.

Клинический случай: пациент А., 4 года. Из анамнеза: с 2-летнего возраста слухопротезирован би-наурально по поводу двусторонней смешанной тугоухости 3 степени.

Аудиологическое обследование выявило повышение порогов слуха в области речевых частот соответствующее справа 3 степени, слева 4 степени тугоухости по смешанному типу.

КТ височных костей в аксиальной проекции: признаки врожденного порока развития внутреннего уха — расширенный водопровод преддверия справа и слева более 3 мм.

Пациент Н., 16 лет. Из анамнеза: в возрасте 1,5 лет на фоне экссудативного отита впервые было выявлено повышение порогов слуха по воздушной проводимости до 50 дБ с двух сторон (костные пороги не регистрировали); после лечения аудиологическое обследование не проводилось; по поводу задержки речевого развития наблюдался неврологом.

Аудиологическое обследование выявило: справа пороги слуха в области речевых частот соответствуют норме, с резко нисходящим повышением порогов слуха в области высоких частот (8 кГц) до 55 дБ; слева пороги слуха в области речевых частот повышены по типу звуковосприятия и соответствует 2 степени тугоухости.

КТ височных костей в аксиальной проекции: признаки врожденного порока развития внутреннего уха слева — расширение водопровода преддверия до ~3,6 мм.

Пациент Д., 7 лет. Из анамнеза: за последние полгода было 2 госпитализации по поводу острого снижения слуха соответствующего двусторонней сенсоневральной тугоухостью 3 степени, ребенок

получал курс лечения (с применением глюкокортико-
стероидов) на фоне которого отмечено незначи-
тельное повышение порогов слуха.

Аудиологическое обследование в данную го-
спитализацию — повышение порогов слуха соот-
ветствующие справа 4 степени, слева 4 степени ту-
гоухости по типу звуковосприятия.

КТ височных костей в аксиальной проекции:
признаки врожденного порока развития внутрен-
него уха — расширение вестибулярного водопро-
вода слева до 3 мм, справа до 4 мм.

Пациент Е., 9 лет. Из анамнеза: в 7 лет впервые
на фоне полного здоровья появилось резкое сни-
жение слуха с двух сторон. Был дважды госпитали-
зирован с жалобами на резкое снижение слуха, во
время консервативного лечения (с применением
глюкокортикостероидов) в условиях стационара
пороги слуха улучшались.

Аудиологическое обследования выявило повы-
шение порогов слуха справа и слева соответствую-
щее 1 степени тугоухости по типу звуковосприятия.

КТ височных костей в аксиальной проекции:
признаки врожденного порока развития внутрен-
него уха слева — пограничное расширение водо-
провода преддверия до 1,83 мм.

Выводы. КТ височных костей является ведущим
диагностическим методом у пациентов с тугоухос-
тью неясной этиологии.

Четкой зависимости между степенью тугоухости
и степенью расширением водопровода преддвер-
рия не прослеживается.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации «Сенсоневральная тугоухость у детей».
2. Анатомия височной кости. Отохирургический атлас. В.Е. Кузовков, А.С. Лиленко, И.В. Костевич, С.Б. Сугарова.; Под ред. Ю.К. Янова. 2022 г.
3. Руководство для врачей по ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой в двух томах. Москва: Медицина, 2016.
4. Bertholon P., Karkas A., Enlarged vestibular aqueduct. Handbook of clinical neurology, 2016.
5. Vestibular Disorders Association. Enlarged Vestibular Aqueduct Syndrome (EVA) By Dr. Mohamed Hamid, MD, PhD, EE, with contributions by Dr. Rebekah F. Cunningham, Ph D.
6. Madden C., Halsted M., Benton C., Greinwald J., Choo D. Enlarged vestibular aqueduct syndrome in the pediatric population. OtolNeurotol. 2003 Jul; 24(4):625–32. doi: 10.1097/00129492-200307000-00016. PMID: 12851556.
7. Аномалии развития внутреннего уха и кохлеарная имплантация. В.Е. Кузовков, Ю.К. Янов, С.В. Левин Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи (Директор — Засл. врач РФ, проф. Ю.К. Янов).
8. Учебное пособие СШВП — клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение и реабилитация. Торопчина Л.В., Зеликович Е.И. 2022.

ОФТАЛЬМОЛОГИЯ

ОСОБЕННОСТИ КОНТУЗИЙ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА ТЯЖЕЛОЙ СТЕПЕНИ: КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ

Ким Герман Геннадьевич

Научные руководители: Анисимов Алексей Андреевич, д.м.н., профессор Бржеский Владимир Всеволодович
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра офтальмологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: kim_06011998_69@mail.ru

Ключевые слова: травма глаза; контузии; диагностика; исход; прогноз.

Введение. Контузии глазного яблока характеризуются полиморфизмом изменений как переднего, так и заднего отдела глаза, что требует комплексного подхода к их диагностике и лечению. Необходимо, в частности, рациональное осуществление лечебно-диагностических мероприятий в отношении повреждений роговицы, внутриглазных структур, кровоизлияний в камеры глаза (гифема гемофтальм), отслойки сетчатки и сосудистой оболочки, а также сочетания контузионных изменений. При этом остается открытым вопрос о рациональном применении диагностических мероприятий и последовательности осуществления соответствующих методов лечения в условиях специализации офтальмологической помощи в крупных стационарах.

Цель исследования. Оценить характер контузионных изменений основных структур глазного яблока при его тяжелой контузии, их динамику, а также результативность проведенных таким пострадавшим лечебно-диагностических мероприятий.

Материалы и методы. Обследованы 6 пациентов в возрасте от 21 до 42 лет с тяжелой контузией глазного яблока. Сроки поступления в отделение составили от 1 до 3 суток после травмы. Комплексное офтальмологическое обследование пострадавших включало визометрию, биомикроскопию, офтальмоскопию, тонометрию, ультразвуковые методы исследования (в т.ч. ультразвуковую биомикроскопию: УЗБМ), рентгенологические методы и компьютерную томографию области орбит и средней зоны лица. В ходе УЗБМ исследование проводили в прямых (вертикальных и горизонтальных) и косых меридианах глазного яблока. Дополнительно обследовали зоны глазного яблока, представляющие максимальный интерес. Исследование проводили в предоперационном и в различные сроки послеоперационного периода (2–3 сут — 2 мес).

Результаты. По данным стандартных методов исследования преобладали следующие контузионные изменения глазного яблока: отек

роговицы (6 случаев), неравномерная глубина передней камеры (6), частичная гифема (6), иридолиз (4), сублюксация хрусталика различной степени выраженности (5), частичный гемофтальм (6). Уровень офтальмотонуса составил, в среднем, $9,0 \pm 1,3$ мм рт. ст., отмечены его колебания от резкой гипотонии, не поддающейся рутинному инструментальному измерению, до 11 мм рт.ст. Острота зрения составляла 0,02 (2 случая), неправильная светопроекция (4). Офтальмоскопия в большинстве случаев оказалась неосуществимой из-за выраженного нарушения прозрачности оптических сред. В целях более детального исследования структур глаза применяли УЗБМ и КТ, которые позволили подтвердить результаты стандартных методов исследования и уточнить их. В частности, глубина передней камеры составляла, в среднем, $1,52 \pm 0,56$ мм в центральных отделах и $1,63 \pm 0,76$ мм — в периферических, отмечена цилиохориоидальная отслойка высотой от 0,64 до 1,29 мм, протяженностью от 2 до 3 квадрантов глазного яблока, которая определялась у каждого пострадавшего. Сублюксация хрусталика отмечена во всех 6 случаях: цинновы связки у всех оказались разорваны на протяжении более, чем 1 квадранта глазного яблока.

Всем пациентам проведено двухэтапное хирургическое лечение в следующем объеме: первым этапом — первичная хирургическая обработка: ревизия и ушивание разрыва фиброзной капсулы глаза. Второй этап (через 8–10 суток) включал устранение травматической катаракты (факоэмульсификация), витреогемэктомия, эндолазерную барьерную коагуляцию разрывов сетчатки, тампонаду стекловидной камеры силиконовым маслом.

В раннем послеоперационном периоде отмечены отек роговицы, гипотония. Спустя 3 недели после операции у 1 пациента сохранялась посттравматическая гипотония с прогрессирующей субатрофией глазного яблока (пациенту проведена задняя энвисцерация глазного яблока с имплантацией политетрафторэтиленового орбитального

имплантата). Послеоперационный период во всех случаях протекал без особенностей.

В исходе максимально скорректированная острота зрения в 2 случаях повысилась до 0,1, в остальных 4 — снизилась до нуля, в силу грубых и стойких постконтузионных анатомических изменений сетчатки и атрофии зрительного нерва.

ВЫВОДЫ

1. Тяжелая контузия глазного яблока требует осуществления комплекса лечебно-диагностиче-

ских мероприятий, ориентированных на характерные повреждения основных структур глазного яблока и их устранение.

2. Является оправданной тактика поэтапной хирургической обработки, предусматривающей герметизацию глазного яблока на первом этапе и реконструктивные вмешательства — на втором.

3. Динамическое наблюдение после операции позволяет своевременно выявить офтальмогипотонию — предиктор формирующейся субатрофии глазного яблока и осуществить коррекцию проводимого лечения.

ПОСТНАТАЛЬНОЕ УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРЕДНЕЗАДНЕГО РАЗМЕРА ГЛАЗА У НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Акимова Ангелина Игоревна

Научный руководитель: ассистент Зерцалова Марина Андреевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра офтальмологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: pinkibaby@rambler.ru

Ключевые слова: ретинопатия недоношенных; *retinopathy of prematurity*; ПКВ; недоношенные новорожденные; передне-задний размер глаза; А-сканирование.

Введение. В настоящее время вопрос об увеличении переднезаднего размера (ПЗР) глаза у недоношенных детей в зависимости от постконцептуального возраста (ПКВ) ребенка и стадии ретинопатии недоношенных (РН) остается мало изученным [1, 2]. Аналогичных исследований в доступной литературе нам найти не удалось. Поэтому оценка и систематизация данных о ПЗР у недоношенных детей с РН и без позволит разработать критерии патологического увеличения глаза недоношенного ребенка при развитии у них глаукомного процесса [3].

Цель исследования. Изучить динамику роста переднезаднего размера глаза у недоношенных детей на 35–105 неделях постконцептуального возраста при наличии или отсутствии у них различных стадий ретинопатии недоношенных.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 155 недоношенных детей, обследованных в период с 2020–2022 г. в условиях офтальмологического отделения СПбГПМУ. На 23 неделе (нед) гестации родился 1 человек (чел) (0,65%); 24 нед. — 8 чел. (5,16%); 25 нед. — 14 чел. (9,03%); 26 нед. — 28 чел. (18,06%); 27 нед. — 25 чел. (16,13%); 28 нед. — 11 чел. (7,1%); 29 нед. — 29 чел. (18,71%); 30 нед. — 21 чел. (13,55%); 31 нед. — 9 чел. (5,81%); 32 нед. — 3 чел. (1,94%); 33 нед. — 1 чел. (0,65%); 34 нед. — 4 чел. (2,58%); 35 нед. — 1 чел. (0,64%).

У 4 исследуемых РН нет (2,58%). РН I стадии была диагностирована у 1 (0,65%) недоношенного ребенка; II стадии у 13 детей (8,39%); III стадии — 135 детей (87,1%); IVa стадии — 2 детей (1,29%). IVb и V стадии в нашем исследовании не встречались. Всем обследованным была выполнена эхобиометрия в режиме «А-сканирования» на аппарате TOMЕY UD-8000 по стандартной методике.

Результаты. У недоношенных детей (n=3) в 35 нед ПКВ ПЗР глаза составил 16,09 мм, во всех трех случаях была диагностирована РН III стадии.

У недоношенных детей в 36 нед ПКВ (n=15) ПЗР глаза составил 16,41 мм, из них без РН (n=3) ПЗР — 18,29 мм; у 3 детей была диагностирована РН II ста-

дии ПЗР — 15,77 мм; РН III стадии у 8 детей ПЗР — 15,94 мм и РН IVa (n=1) — ПЗР 16,55 мм.

У детей в 37 нед ПКВ (n=24) ПЗР глаза составил 15,90 мм, из них у 3 детей была диагностирована РН II стадии ПЗР — 15,59 мм и РН III стадии (n=21) ПЗР — 15,94 мм.

Исследуемые на 38 нед ПКВ (n=12) имели ПЗР глаза — 16,44 мм и РН III стадии во всех случаях.

У недоношенных детей в 39 нед ПКВ (n=13) ПЗР глаза составил 16,00 мм, из них РН I стадии (n=1) ПЗР — 15,63 мм; у 12 детей была диагностирована РН III стадии ПЗР — 16,03 мм.

У детей в 40 нед ПКВ (n=13) ПЗР глаза составил 16,35 мм, из них у 1 ребенка диагностирована РН II стадии ПЗР — 17,24 мм; РН III стадии (n=12) ПЗР — 16,27 мм.

У недоношенных детей в 41 нед ПКВ (n=11) ПЗР глаза — 16,79 мм, из них РН II стадии (n=1) ПЗР — 15,79 мм; РН III (n=10) ПЗР — 16,90 мм.

В 42 нед ПКВ (n=9) ПЗР глаза составил 16,87 мм, из них без РН 1 ребенок ПЗР — 15,85 мм; РН III (n=8) ПЗР — 17,02 мм.

У 14 детей в 40–44 недели ПКВ средний ПЗР составил 17,04 мм, из них РН II стадии диагностирована у 2 детей ПЗР — 17,11 мм; РП III стадии (n=12) ПЗР 17,03 мм.

В 48–51 неделю ПКВ (n=9) ПЗР детей составил 17,81 мм, из них у 1 человека РП II стадии ПЗР — 16,47 мм; РП III стадии (n=8) — 17,81 мм.

У детей в 12 мес ПКВ (n=4) ПЗР — 18,64, из них у 1 ребенка диагностирована РН II стадии — ПЗР 18,68 мм; РП III стадии (n=3) ПЗР — 18,62 мм.

В 13 мес ПКВ (n=3) все дети имеют III стадию РН и ПЗР составил 18,99 мм.

У исследуемых в 14 мес ПКВ (n=5) ПЗР — 18,98 мм, из них имеют РН II стадии (n=1) ПЗР — 18,42 мм; РН III стадии (n=3) ПЗР — 19,33 мм; РН IVa (n=1) ПЗР — 18,67 мм.

У всех детей с 15 мес по 34 мес ПКВ была диагностирована РН III стадии: в 15 мес ПКВ (n=4) ПЗР — 18,68 мм; 17 мес ПКВ (n=3) ПЗР — 18,71 мм; 19 мес

ПКВ (n=5) ПЗР — 19,86 мм; 21 мес ПКВ (n=2) ПЗР — 20,04 мм; 25 мес ПКВ (n=2) ПЗР — 20,52 мм; 27 мес ПКВ (n=2) ПЗР — 20,28 мм; 34 мес ПКВ (n=2) ПЗР — 21,27 мм.

Заключение. Таким образом, прослеживается отчетливая динамика в увеличении показателей ПЗР глаза с увеличением ПКВ ребенка, от 16,09 мм в 35 недель ПКВ до 21,27 мм в 34 месяца ПКВ ребенка. Данные показатели необходимо учитывать при динамическом наблюдении недоношенных детей для своевременного выявления у них различной патологии органа зрения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Meta-analysis of ocular axial length in newborns and infants up to 3 years of age. Annabel L.W. Groot, MDa, Birgit I. Lissenberg-Witte, MD, PhDb, Laurentius J. van Rijn, MD, PhDa, Dyonne T. Hartong, MD, PhDa.
2. Kardaras D., Papageorgiou E., Gaitana K., et al. The association between retinopathy of prematurity and ocular growth. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2019;60:98–106.
3. Бржеский, В.В. Неонатальная офтальмология: руководство для врачей / под ред. В.В. Бржеского, Д.О. Иванова. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 288 с.

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

АСПЕКТЫ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ У ДЕТЕЙ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА

Муромцева Виктория Алексеевна

Научный руководитель: Красногорская Ольга Леонидовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: murvictory@yandex.ru

Ключевые слова: язвенный колит; болезнь Крона; биологическая терапия.

Введение. Воспалительными заболеваниями кишечника (далее ВЗК), страдает около 5 млн человек. Развивается в основном у взрослых, но сейчас все чаще его диагностируют в детском возрасте. У многих пациентов болезнь Крона и язвенный колит приобретают непрерывно рецидивирующее течение, чаще возникают более тяжелые формы болезни, требующие хирургического вмешательства. Помощью для таких пациентов стала биологическая терапия. Спектр выбора препаратов очень широк, но согласно клиническим рекомендациям препаратами выбора стали ингибиторы ФНО: инфликсимаб (ремикейд) и адалиумаб (хумира) [2]. По данным центра ВЗК СПбГПМУ и данным литературы 74% детей с этим заболеванием нуждаются в биологической терапии [3].

Цель исследования. Провести статистический анализ и описать морфологические особенности язвенного колита и болезни Крона у детей, получающих биологическую терапию.

Материалы и методы. На базе патологоанатомического отделения Клиники СПбГПМУ была проанализирована медицинская документация и гистологические препараты 273 детей с диагнозами: болезнь Крона и язвенный колит за 2022 год. Гистологические препараты были окрашены гематоксилином и эозином, реактивом Шиффа.

Результаты. Возраст представленных пациентов с ВЗК от 1 года до 17 лет. Из 273 пациентов 202 (74%) с болезнью Крона, а 71 (26%) больных с язвенным колитом. Распределение по полу не показало статистически значимой разницы: 146 случаев (53,5%) мальчиков и 127 девочек (46,5%). По возрасту существенный перевес был в сторону детей старшего возраста (с 12 до 18 лет) — 203 детей (74,3%). Стандартная терапия не оказывала положительного эффекта у пациентов, у детей на-

блюдалось тяжелое течение, частые рецидивы, осложнения, такие как стенозы, язвы, полипы. После применения препаратов (инфликсимаб, адалиумаб) у большей части больных по данным фиброколоноскопии наблюдались минимальные изменения, лабораторная активность падала (уровень кальпротектина снижался менее 50 мкг/г), что коррелирует с морфологическими данными. Активность патологического процесса снижалась, наблюдалась стойкая длительная ремиссия, и морфологические изменения трактовались как «хронический колит с минимальной активностью» или «неактивный хронический колит».

Выводы. При применении биологической терапии наблюдаются положительные изменения в морфологической картине язвенного колита и болезни Крона. Течение заболевания переходит в ремиссию, уменьшается количество осложнений, воспалительная активность снижается до минимальной, что подтверждается с морфологическими данными. По нашему исследованию 74% детей с этим заболеванием нуждаются в биологической терапии. Наши результаты коррелируют с данными центра ВЗК СПбГПМУ и литературы.

ЛИТЕРАТУРА

1. Монтгомери Э.А. Интерпретация биопсий пищеварительного тракта: в 2 т. / Э.А. Монтгомери, Л. Вльаджо; практическая медицина 2019. 352 с. ISBN 978-5-9881-458-1.
2. Клинические рекомендации — Болезнь Крона. disuria.ru/_ld/10/1084_kr21K50MZ.pdf.
3. Габруская Т.В. 2018. Оценка состояния метаболизма костной ткани у детей с воспалительными заболеваниями кишечника, PhD thesis, СПбГПМУ, Санкт-Петербург.

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВТОРИЧНОЙ АНЕВРИЗМАЛЬНОЙ КОСТНОЙ КИСТЫ ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ И ОПУХОЛЕПОДОБНЫХ ПОРАЖЕНИЯХ КОСТИ

Нилов Александр Дмитриевич

Научный руководитель: Сидорова Надежда Александровна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: sh097@mail.ru

Ключевые слова: *аневризмальная костная киста; гигантоклеточная опухоль кости; фиброзная дисплазия кости.*

Введение. На основе гистологических данных дифференцировать гигантоклеточную опухоль кости (далее ГКО) и фиброзную дисплазию кости (далее ФДК) особенно при наличии вторичной аневризмальной костной кисты (далее АКК) нередко представляется сложной задачей [1]. При наличии одинаковых элементов, гистологическая картина может вызывать сомнения относительно формулировки заключения. Для полноты понимания сложности данных процессов необходимо детальное изучение вышеописанных заболеваний костей по отдельности и в сочетании [2, 3].

Цель исследования. Проанализировать морфологические характеристики вторичной аневризмальной костной кисты в сочетании с гигантоклеточной опухолью кости и фиброзной дисплазией кости.

Материалы и методы. На базе кафедры патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ и патологоанатомического отделения НМИЦ им. Г.И. Турнера были изучены: гистологические препараты ГКО в сочетании с АКК у мальчика 17 лет и вторичной АКК, развившейся на фоне рецидива ФДК у мальчика 12 лет. Препараты были окрашены гематоксилином и эозином.

Результаты исследования. Развивающаяся вторично аневризмальная костная киста — это реактивный процесс на фоне другого поражения кости, в то время как развивающаяся *de novo* первичная киста является истинным мезенхимальным новообразованием. Несмотря на различную природу процесса морфологическая картина первичной и вторичной АКК идентична. Макроскопически АКК характеризуется отграниченной обширной многокамерной кистой, заполненной кровью. Гистологически стенка кисты образована волокнистой соединительной тканью с множественными фибробластами и гигантскими многоядерными клетками остеокластического типа. Наряду с этим, в толще стенки выявляются множественные мелкие полости, заполненные кровью.

Фиброзная дисплазия кости — это заболевание с нарушением дифференцировки костной ткани, замещением костных балок волокнистой соединительной тканью и диспластическими изменениями трабекул в виде формирования незрелых костных балок. Исследуемый материал сочетания ФДК и АКК макроскопически представлял собой отдельные очаги и широкие тяжи ткани бело-сероватого цвета с очагами красно-буровой окраски. Микроскопически определялись разнокалиберные костные балки причудливой формы примитивного строения с перифокальной остеокластической реакцией и большим количеством гигантских многоядерных клеток остеокластического типа. В межтрабекулярном пространстве наблюдалось разрастание клеточно-волокнистой ткани с многочисленными клетками полигональной формы, очагами миксоматоза и гиалиноза. Кроме того, в толще волокнистой ткани обнаруживались множественные полости, заполненные кровью, лишенные выстилки.

Гигантоклеточная опухоль кости — доброкачественная, солидная, локально агрессивная опухоль, поражающая длинные трубчатые кости. В материале ГКО с вторичной АКК макроскопически определялся крупный фрагмент кости неправильной формы, белесовато-серого цвета. На разрезе отмечалась крупная полость, заполненная свертками и жидкой кровью. Морфологически ткань опухоли была полиморфна, представлена разнородными клетками. Стромой составляли многочисленные, густо расположенные остеобласты и остеокласты. Кроме того, среди стромальных элементов отмечались множественные макрофаги и гигантские многоядерные симпласты остеокластического типа, местами формирующие небольшие группы. Митотическая активность была крайне низкая, атипичные митозы не определялись. Кроме того, перифокально вышеописанная ткань инвазивно прорастала в костные трабекулы с выраженной остеокластической реакцией. Наряду с

этим, в опухоли выявлялись кисты, без внутренней выстилки, заполненные свертками крови. Четкой границы между опухолевой тканью и стенками кисты не определялось.

Выводы. Наш анализ показывает, что при вторичных АКК наибольшую трудность представляет отсутствие четких границ между кистами и структурами ФДК и ГКО. Несмотря на различные первичные заболевания в представленных нами наблюдениях, строение вторичной АКК является стереотипным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ambrosi Francesca, Righi Alberto, Benini Stefania и др. Giant Cell Tumor of Bone in Patients under 16 Years Old: A Single-Institution Case Series // *Cancers*. 2021. № 13(11).
2. Hartmann Wolfgang, Harder Dorothee, Baumhoer Daniel. Giant Cell-Rich Tumors of Bone // *Surgery Pathology Clinics*. 2021. № 14(4). P. 695–706.
3. Montgomery Corey, Couch Cory, L.E. Cynthia, Nicholas Richard. Giant Cell Tumor of Bone: Review of Current Literature, Evaluation, and Treatment Options// *The Journal of Knee Surgery*. 2019. № 32. P. 331–336.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И МОРФОЛОГИИ ПАПИЛЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ

Кузовникова Анна Святославовна

Научный руководитель: доцент, к.м.н. Красногорская Ольга Леонидовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: anyakuzovnikova@list.ru

Ключевые слова: папиллярный рак щитовидной железы; морфология; течение.

Введение. Папиллярный рак щитовидной железы (ПРЩЖ) является самым распространенным в структуре онкологических заболеваний щитовидной железы (ЩЖ) как у взрослых, так и у детей. Однако, большинство исследований, посвященных морфологическим аспектам данного заболевания, проводились среди взрослого населения, и вопрос особенностей развития и течения папиллярной карциномы у детей остается актуальным до сих пор.

Цель исследования. Изучить особенности течения и клинко-морфологические проявления папиллярного рака щитовидной железы у детей по медицинской документации и гистологическим препаратам.

Материалы и методы. Был проведен анализ медицинской документации и гистологических препаратов операционных биопсий двадцати пяти детей с диагнозом «папиллярная карцинома щитовидной железы», находившихся на лечении в 3 ХО клиники СПбГПМУ в 2015–2022 гг. Гистологические препараты окрашивались гематоксином–эозином.

Результаты. Проанализированы случаи ПРЩЖ 25 детей, из которых 19 — девочки, 6 — мальчики, возрастом от 6 до 17 лет, средний возраст — 14 лет. В одном из случаев сопутствующий диагноз — диффузный токсический зоб. В 14 случаях папиллярная карцинома развивалась на фоне аутоиммунного тиреоидита Хашимото (АИТ), 13 из таких случа-

ев — у девочек. В 8 случаях карцинома развивалась на фоне диффузного АИТ, в 6 — на фоне очагового. Единичные опухоли щитовидной железы составили 12 случаев, из них 2 — с инвазией в капсулу, 6 — с признаками сосудистой инвазии и инвазии в капсулу. Также выявлено 13 мультифокальных карцином: 8 — с поражением обеих долей, 5 — с поражением одной доли. Для мультифокальных опухолей характерно формирование доминантного узла размером 0,9–3,2 см. Отмечено 3 случая фолликулярного варианта папиллярного рака ЩЖ с моно- и мультифокальным типом роста. Метастазы обнаружены в 19 случаях.

Выводы. Большинство исследованных случаев ПРЩЖ выявлены у девочек пубертатного возраста. Наиболее часто отмечен классический вариант папиллярного рака щитовидной железы. Самой частой сопутствующей патологией является аутоиммунный тиреоидит Хашимото.

ЛИТЕРАТУРА

1. Rangel-Pozzo A., Sisdelli L., Cordioli MIV., et al. Genetic Landscape of Papillary Thyroid Carcinoma and Nuclear Architecture: An Overview Comparing Pediatric and Adult Populations. *Cancers (Basel)*. 2020;12(11):3146.
2. Verburg F.A., Van Santen H.M., Luster M. Pediatric papillary thyroid cancer: current management challenges. *Onco Targets Ther*. 2016;10:165–175.

ЗНАЧЕНИЕ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ГИПОГАНГЛИОЗЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Тонконог Дарья Викторовна

Научный руководитель: к.м.н., доцент кафедры Федотова Елена Павловна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская д. 2. Email: boatpaddle@mail.ru

Ключевые слова: гипоганглиоз; дети; гиршпрунгоподобные заболевания; иннервация кишечника.

Введение. Гипоганглиоз толстой кишки (субтотальный аганглиоз), — тяжелое и потенциально летальное состояние, которое характеризуется уменьшением количества ганглиев и ганглионарных клеток в стенке толстой кишки [1]. Данная патология приводит к хроническим запорам у 3–5% детей, что влияет на качество жизни и психологическое состояние [2]. Наиболее эффективным способом определения наличия ганглиев и ганглионарных клеток является морфологическая диагностика с использованием дополнительных окрасок и иммуногистохимических методов с учетом анатомических особенностей локализации подслизистого и мышечного нервного сплетения толстой кишки.

Цель исследования. Изучить особенности морфологической диагностики гипоганглиоза толстой кишки у детей по результатам медицинской документации и гистологическим препаратам

Материалы и методы. Был проведен анализ медицинской документации и гистологических препаратов биопсий прямой кишки (по Свенсону) у детей с хроническим запором в анамнезе, которые находились на лечении в 3-м хирургическом отделении клиники СПбГПМУ в 2022 году. Гистологические препараты окрашивались гематоксилином и эозином, пикрофуксином по Ван Гизону, толуидиновым синим по методу Ниссля, а также иммуногистохимическим способом, используя антитела к кальретинину.

Результаты. В 2022 году пятеро детей (3 мальчика и 2 девочки) с клиническими проявлениями хронического запора поступили на лечение в 3 хирургическое отделение клиники СПбГПМУ. Для дифференциальной диагностики болезни Гиршпрунга и кишечного гипоганглиоза в качестве одного из методов диагностики была выполнена биопсия прямой кишки по Свенсону, которая позволила при патоморфологическом исследовании серийных срезов выявить гипоганглиоз с количественными и качественными изменениями ганглиев с использованием окрасок пикрофуксина по Ван Гизону, толуидиновым синим по методу Ниссля. Для определения периферических нервных стволиков и ганглионарных клеток было выполнено иммуногистохимическое

исследование с антителами к кальретинину. При выполнении гистологического исследования учитывались дистрофические процессы в нервных стволиках, их размеры; наличие ганглиев и ганглионарных клеток в них, а также равномерность распределения одиночных ганглионарных клеток в объеме присланных фрагментов. Было обнаружено, что в большинстве случаев ганглионарные клетки располагаются вне структур и нервных стволиков и локализируются одиночно в мышечных волокнах, цитоплазматическая экспрессия в данных клетках была низкой. Окрашивание пикрофуксином по Ван Гизону дало возможность оценить выраженность склероза в мышечном и подслизистом слое, что позволяет понять, насколько у детей выражены компенсаторные реакции в ответ на отсутствие ганглиев и малое количество ганглионарных клеток. По данным ИГХ: цитоплазматическая экспрессия выражена низко, что может быть связано с нарушением симпатической иннервации, ганглионарные клетки практически не реагируют на окрашивание с применением антител к кальретинину.

Заключение. 1) Гистологическая характеристика при клиническом диагнозе «хронический запор» позволяет исключить болезнь Гиршпрунга и провести дифференциальную диагностику гиршпрунгоподобных заболеваний. 2) Применение дополнительных окрасок дает возможность оценить состояние ганглиев и ганглионарных клеток при гиршпрунгоподобных заболеваниях. 3) Иммуногистохимический метод исследования позволяет определить наличие маркеров компетентных клеток, что является критерием определения наличия ганглионарных клеток и их расположения в сплетениях.

ЛИТЕРАТУРА

1. National Organization for Rare Disorders: сайт. — URL: <https://rarediseases.org/gard-rare-disease/hypoganglionosis/> (дата обращения: 22.02.2023).
2. A Rare Case of Adult-Onset Rectosigmoid Hypoganglionosis // National Library of Medicine: сайт. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5983074/> (дата обращения: 22.02.2023).

НЕСЧАСТНЫЕ СЛУЧАИ В СВЯЗИ С НЕТИПИЧНЫМ СЕКСУАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Девогченко Анастасия Андреевна, Шабанова Юлия Валерьевна

Научные руководители: к.м.н., доцент Давыдова Злата Вячеславовна, к.м.н., доцент Калинина Елена Юрьевна, ассистент Потеряйко Екатерина Ивановна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: gorsana@gmail.com

Ключевые слова: аутоэротизм; несчастные случаи; механическая асфиксия; осмотр места происшествия.

Введение. В следственной и судебно-медицинской практике иногда можно встретиться с несчастными смертельными случаями при аномальной сексуальной активности. Такие случаи наиболее часто являются результатом асфиксии, но могут быть при использовании электричества, введении инородных тел в различные отверстия и опасных для жизни игр. Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что, например, диагноз «смерть от аутоэротической асфиксии» практически не выставляется российскими судебно-медицинскими экспертами. Все подобные случаи трактуются как механическая асфиксия, проходя под видом самоубийства. Касательно детей данная тема актуальна из-за тенденции к ускорению физического и полового развития и бесконтрольным распространением легкодоступных порнографических материалов в глобальной сети. Наступление смерти при асфиксии перестает быть исключительным, становясь в современной жизни нередким явлением, что требует изучения как этиопатогенеза этого феномена, так и судебно-медицинской диагностики.

Цель исследования. Систематизировать литературные данные о подобных случаях, обозначить важность внимательного изучения не только повреждений на трупе, места происшествия, но и посмертной экспертизы медицинских документов для помощи следственным органам в установлении рода обстоятельств смерти.

Материалы и методы. Анализ литературы, изучение заключений судебно-медицинских экспертов Бюро судебно-медицинской экспертизы Санкт-Петербурга.

Результаты. Аутоасфиксия — форма аномальной, чаще одиночной сексуальной активности, связанная с достижением сексуальной разрядки при использовании средств для вызова церебральной гипоксии. Сопровождается риском для жизни, так как данная аномальная активность обычно включает в себя самоудавление. Встречаются смертельные случаи и партнерского удавления по неосторожности. Юристы и судебные медики изредка, но встре-

чаются со смертельными случаями в результате аутоасфиксioфильных действий. Опасные эротические игры встречаются не только у взрослых, но и у подростков и детей, находящихся в препубертате, при этом самый низкий возраст погибших от асфиксии при осуществлении аногенитальных контактов был 7 и 8 лет. Связь сексуальной асфиксии с другими сексуальными аномалиями не определена. Распространенность явлений сексуальных самоубийств достоверно не изучена, оценки ученых весьма приблизительны. Так, в США ежегодно может быть от 200 до 500 и даже 1000 смертей по причине асфиксии, столько же может быть и в России. Анализ мировой литературы по вопросам асфиксии показывает, что большинство жертв аутоасфиксии — мужчины, их средний возраст — 26,5 лет. По данным некоторых авторов, в настоящее время асфиксии почти в половине случаев представлены подростками. Обращает на себя внимание достаточно высокий процент мазохистских тенденций у асфиксioфилов: примерно 11% их используют мазохистские приспособления и осуществляют садомазохистские действия, в половине случаев имеет место лиготтизм. Более чем в 20% случаев жертвы мужского пола вначале своей патологической сексуальной активности передеваются в женскую одежду.

Заключение. Случаи смерти при аутоасфиксии могут имитировать сокрытие преступления, быть несчастным случаем или вынужденным самоубийством, характерным для больных с психическими заболеваниями. В связи с этим при судебно-медицинском исследовании должны оцениваться не только особенности места обнаружения трупа и характер обнаруженных повреждений, но и медицинские документы, свидетельствующие о прижизненных заболеваниях. Смерть при эротической стимуляции, по-видимому, следует относить к несчастным случаям. Сексуальная асфиксия требует особого отношения к доказательствам смерти при странных обстоятельствах. В связи с этим необходимо не только подробно описывать место

происшествия, но и в ряде случаев проводить его реконструкцию для полного понимания механизма смерти от асфиксии. Внимательное изучение обстоятельств дела, медицинских документов, особенности исследования трупа с использованием дополнительных лабораторных методов (например, токсикологическое исследование) позволяют отличить асфиксию в чистом виде от вынужденного самоубийства, например, психически больного, или убийства при умышленно созданной картине аутоэротической смерти. Особое внимание необходимо обращать на типичные признаки аутоэротической стимуляции: многократное обвитие

шеи с несколькими скользящими узлами с подкладыванием смягчающих прокладок, обнаженные половые органы с наличием материала, препятствующего загрязнению одежды эякулятом, зеркало перед потерпевшим, порнографическая продукция, эротические украшения и одежда. Увеличение числа случаев смерти от механической асфиксии вследствие сексуальной асфиксии требует комплексной судебно-медицинской психиатрической и сексологической посмертной экспертизы медицинских документов, поскольку в ряде случаев расстройства влечения возникают в рамках других психических расстройств.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭКСПЕРТИЗЫ ПО ВРАЧЕБНЫМ ДЕЛАМ

Жанарстанова София Тимуровна

Научные руководители: Давыдова Злата Вячеславовна, Калинина Елена Юрьевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул. 2. E-mail: Sofia.Zhan@mail.ru

Ключевые слова: судебно-медицинская экспертиза; дефекты оказания медицинской помощи; врачебная ошибка; ятрогенные преступления.

Введение. Заключение судебно-медицинского эксперта является доказательством в суде, в том числе в делах по вопросам оказания медицинской помощи. Сегодня всё чаще к мнению и знаниям судмедэкспертов суд обращается по так называемым «врачебным делам», когда в первую очередь необходимо оценить качество оказания медицинской помощи. И в гражданском, и в уголовном судопроизводстве принимается во внимание только прямая причинно-следственная связь между дефектом оказания медицинской помощи и наступившим неблагоприятным исходом. Количество жалоб на медицинских работников возрастает с каждым днем, вследствие чего врачи вынуждены совершенствовать свои знания и изучать современные тенденции не только в медицинской отрасли, но и в текущем законодательстве в сфере медицины.

Цель исследования. Изучить текущее положение судебно-медицинской экспертизы в области медицинского права и относительно уголовных и гражданских исков со стороны пациентов против медицинских работников и организаций. Подвести итоги и сделать выводы по проведённому исследованию.

Материалы и методы. Работа проведена с использованием теоретических методов исследования путем изучения и анализа печатных материалов — действующего законодательства Российской Федерации, постановлений Следственного Комитета, а также имеющейся в свободном доступе статистической информации и публикаций о так называемых «делах врачей».

Результаты. Количество ятрогенных дел возрастает, они сложны для расследования, следовательно не обладают необходимой компетенцией для адекватной квалификации и оценки обстоятельств ятрогенных преступлений, а также в принципе не могут самостоятельно сделать выводы относительно наличия состава преступления в отсутствие специально проведенной судебно-медицинской экспертизы. В связи с этим сохраняется тенденция

к увеличению назначений и производства различных судебных экспертиз по «делам врачей». В большинстве случаев судебно-медицинская экспертиза дает заключение об отсутствии прямой причинно-следственной связи между действиями врача и наступившим неблагоприятным исходом. При этом большая часть уголовных дел о врачебных ошибках не доходит до суда из-за затянутых сроков экспертизы, вызванных высокой нагрузкой региональных бюро СМЭ. В итоге сроки давности для привлечения к ответственности подозреваемых истекают.

Экспертиза по «врачебным делам» может быть проведена как в государственных Бюро СМЭ (подчиняющихся Министерству здравоохранения), так и в частных Бюро независимых экспертиз, имеющих лицензию на проведение судебно-медицинских экспертиз. Также 27 декабря 2022 года Судебно-экспертный центр Следственного комитета России (СЭЦ СКР) получил бессрочную лицензию на судебно-медицинскую экспертизу, что не может не оказать влияния на «дела врачей».

Сегодня в России не существует проработанных и отлаженных на практике стандартов судебно-экспертной оценки действий медицинского работника, что связано как с отсутствием утвержденных законодательно стандартов во многих отраслях медицины, так и с недостаточностью проработки законодательства. В частности, такого понятия, как «врачебная ошибка», в законодательстве РФ не существует, что позволяет судам в России по-разному трактовать его.

Заключение. Прямо сейчас происходят значительные изменения в области проведения экспертиз по вопросам дефектов оказания медицинской помощи. Вместе с тем, независимо от их результатов, каждый медицинский работник по-прежнему должен ответственно относиться к своим обязанностям, оказывать медицинскую помощь квалифицированно, правильно заполнять медицинскую документацию и соблюдать правила этики и деонтологии.

СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА В ПРОИЗВЕДЕНИЯХ ИСКУССТВА И ЖИЗНИ ЗНАМЕНИТЫХ ЛЮДЕЙ

Котельникова Снежана Владиславовна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Давыдова Злата Вячеславовна, к.м.н., доцент Калинина Елена Юрьевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: snezhana.kotelnikova.98@mail.ru

Ключевые слова: экспертиза; несчастные случаи; знаменитые люди; обстоятельства; дела.

Введение. Все знаменитые люди, ушедшие от нас безвременно и в расцвете творческих сил, сами того не желая, сделали свою смерть частью окружавшей их легенды. Истории их смерти часто окутаны туманом истории, противоречивыми показаниями свидетелей и покрыты густым слоем позднейших мифов и домыслов. И поэтому вопросы «Почему же он умер?» до сих пор интересуют многих людей. В каждом случае нам хочется понять — была ли та или иная смерть случайной или закономерной? И заметны ли были для близких и друзей предзнаменования страшного события?

Цель исследования. Раскрыть завесу тайны гибели некоторых известных людей. На основании данных подтвердить или опровергнуть уже имеющиеся данные, основываясь на результатах судебно-медицинского исследования.

Материалы и методы. Были изучены обстоятельства наступления смерти Есенина (обнаружен акт судебно-медицинского исследования, фотографии с места происшествия), Маяковского (записи об осмотре места происшествия и всех подозреваемых, проходивших по этом делу), Курта Кобейна (обнародованные результаты химического исследования на содержание наркотических веществ), Мэрилин Монро (изучены результаты судебно-химического исследования крови на содержание наркотических веществ). Проанализированы про-

токолы осмотра, фотографии места происшествия, изучены воспоминания очевидцев, факты из автобиографий, изучены обнародованные заключения судебно-медицинских экспертиз.

Результаты. В результате изучения обстоятельств, заключений специалистов установлено, что смерть известных людей, в 85% случаев насильственной, причем большинство из них (70%) погибли от передозировки запрещенных или лекарственных веществ. Также были изучены обнародованные детали гибели, и была выявлена прямая причинно-следственная связь с психотравмирующими ситуациями как предикторами смерти.

Заключение. Все изученные мною случаи гибели известных людей были подтверждены обстоятельствами дела, протоколами судебно-медицинского исследования, имели свои исходы. Именно поэтому в их смерти не было тайн и загадок, как утверждают многие теории. Выявленные предпосылки к гибели (злоупотребление алкоголем, наркотическими и лекарственными препаратами, а также психические заболевания), могут позволить нам сделать вывод о связи судебной медицины и психиатрии. Так, при своевременном обнаружении каких-либо психических проблем и своевременном решении их, случаев насильственной смерти можно было избежать.

РОЛЬ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Егорова Алина Сергеевна

Научные руководители: к.м.н., доцент Калинина Елена Юрьевна; к.м.н., доцент Давыдова Злата Вячеславовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: egorova.alina13@yandex.ru

Ключевые слова: гистологическое исследование; иммуногистохимическое исследование; судебно-медицинская экспертиза.

Ведение. При проведении судебно-медицинской экспертизы трупов (СМЭТ) необходимо объективное суждение о характере и особенностях патологического процесса, возникающего при воздействии повреждающих факторов. Гистологическое исследование (ГИ) и иммуногистохимия (ИГХ) — методы, позволяющие оценить морфологические изменения.

Цель исследования. Изучение роли гистологического исследования и иммуногистохимии при проведении судебно-медицинской экспертизы трупов.

Материалы и методы. Изучение литературы и данных отчета СПб ГБУ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» за 2017 г.

Результаты. В 2017 году проведено 4000 (18%) СМЭТ с насильственной смертью и 18 965 (82%) СМЭТ с ненасильственной смертью. Из 18 965 СМЭТ ненасильственной смерти ГИ выполнено в 11 789 (62%) случаях. Применение ГИ позволило конкретизировать нозологическую форму, стадию развития заболевания и ее осложнения.

Из 4000 СМЭТ с насильственной смертью ГИ выполнено в 3331 (83%) случаях. Из 1905 СМЭТ с воздействием механических факторов в 1480 (78%) проведено ГИ. ГИ позволило оценить прижизненность, давность и характер повреждения тканей. Из 167 СМЭТ с воздействием крайних температур в 156 (93%) выполнено ГИ, при которых доказательством прижизненности термических повреждений служит обнаружение частиц копоти в дыхательных путях.

При 5 СМЭТ с действием электрического тока (ДЭТ) ГИ выполнено во всех случаях. ГИ помогает дифференцировать ДЭТ от ссадины и раны с определением специфических признаков изменения кожи — коагуляционный некроз эпидермиса и дермы, уплощение эпителиального пласта эпидермиса, вытягивание ядер клеток эпидермиса с образованием фигур «частокола».

Из 1332 СМЭТ с отравлением ГИ выполнено в 1188 (89%) случаях, при котором помимо неспецифических признаков повреждения тканей возможно определение яда или его метаболитов. При отравлении этиленгликолем в органах при поляризационной микроскопии обнаруживаются светящиеся кристаллы щавелевокислого кальция. При СМЭТ с утоплени-

ем ГИ выявляют панцири диатомового планктона в содержимом из пазухи клиновидной кости, в крови и во внутренних органах. При СМЭТ младенцев с помощью ГИ определяют живорожденность, мертворожденность, степени зрелости, срок гестации.

Рутинные методики ГИ определения этапов воспалительно-репаративного процесса с целью уточнения давности и прижизненности повреждения не позволяют уловить изменения, происходящие на ранних сроках травмы. С этой целью ведутся попытки изучения их на молекулярном уровне с использованием ИГХ. В частности, для установления прижизненности огнестрельных повреждений в тканях определяют наличие фибриногена. При черепно-мозговой травме исследуют экспрессию ранних генов, обеспечивающих синтез белков — медиаторов воспаления. При ожоговой травме изучают белок теплового шока — убиквитин.

Заключение. ГИ и ИГХ позволяют более точно и достоверно решать многие вопросы при СМЭТ, особенно в случаях неясной макроскопической картины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомолов Д.В., Збруева Ю.В. Джувалыков П.Г. Изменения цитоскелета миоцитов меди сосудов как маркер огнестрельного характера повреждений мягких тканей // Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики — 2022: материалы международного конгресса.
2. Богомолов Д.В., Богомолова И.Н., Завалишина Л.Э. Перспективы использования методов иммуногистохимии для установления прижизненности и давности механических повреждений в судебно-медицинской практике // Судебно-медицинская экспертиза. 2014. № 5.
3. Федулова М.В., Куприянов Д.Д. Перспективы иммуногистохимического метода диагностики прижизненности повреждений мягких тканей / Труды всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Вехи истории российского центра судебно-медицинской экспертизы. к 90-летию со дня образования» 21–22 октября 2021 г, под редакцией И.Ю. Макарова. Москва. 2021. Т. 1. С. 507–515.

СУДЕБНАЯ МЕДИЦИНА В КОТ-Д'ИВУАР

Ака-Анги Дафне Терезе Х.

Научные руководители: к.м.н, доцент Давыдова Злата Вячеславовна, к.м.н, доцент Калинина Елена Юрьевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская 2. E-mail: dakaanghui@yahoo.fr

Ключевые слова: Кот-д'Ивуар; Африка; судебно-медицинские эксперты.

Введение. Кот-д'Ивуар — страна, расположенная в Западной Африке. Население составляет 27,48 миллиона человек, столицей является Абиджан, а официальным языком является французский. В настоящее время в стране официально работают 6 судебно-медицинских экспертов. В обязанности судебно-медицинских экспертов входит, в частности, проведение вскрытий по требованию суда, проведение экспертиз лиц, подвергшихся насилию. В законодательстве Кот-д'Ивуара отсутствуют документы, регулирующие работу судмедэксперта. Производство экспертиз основано на руководстве, написанном ассоциацией судебно-медицинских экспертов. Несмотря на небольшое число судебных медиков, Кот-д'Ивуар остается одной из стран Западной Африки с наибольшим количеством специалистов в области судебной медицины. В сентябре 2009 года в стране был открыт Институт судебной медицины, в нем проводят в основном вскрытия, а химические, биологические, молекулярно-генетические и другие исследования выполняют в лаборатории судебной полиции.

Цель исследования. Описание особенностей организации судебно-медицинской службы в Кот-д'Ивуар.

Материалы и методы. Анализ литературы (научные статьи, размещенные на платформе PubMed), отчет о работе Института судебной медицины в Абиджане.

Результаты. Установлено, что среди судебно-медицинских экспертов в стране преобладают женщины. Судебно-медицинский эксперт в Кот-д'Ивуар производит в среднем около 200 вскрытий в год (для сравнения — эксперт танатологического отделения Бюро СМЭ в Санкт-Петербург производит около 850 вскрытий в год). В результате анализа имеющихся данных выявлено, что не все случаи насильственной смерти подвергаются судебно-медицинскому вскрытию, а только 4 из 10. Не зафиксировано вскрытий, обусловленных необходимостью решения вопросов о правильности оказания

медицинской помощи, о наличии (или отсутствии) врачебных ошибок. В некоторых регионах страны врачи данной специальности вообще отсутствуют.

Нужно отметить следующую особенность: в Кот-д'Ивуар 60% населения придерживаются местных религиозных традиций, большая часть из них верит, что душа продолжает жить и после смерти тела. Так как смерть в традиционных верованиях воспринимается как переход от обычной человеческой жизни в духовную, сакральную, то считается недопустимым нарушение целостности трупа при аутопсии.

Особенности географического расположения страны определяют и структуру насильственной смерти: большое количество случаев смерти от механических повреждений при нападении животных, нападения крокодил, медуз, от утопления в морях и океанах, а также от падения кокосов, не редкими являются случаи ритуальных убийств и отравление. Особую опасность для практикующего эксперта представляет широкая распространенность ВИЧ-инфекции в стране и низкий уровень ее прижизненной диагностики.

Заключение. Непростая ситуация, сложившаяся в судебной медицине в Кот-д'Ивуар, как одной из стран Африки, требует подготовки специалистов в области судебной медицины посредством обучения в ординатуре (резидентуре), проведения регулярных образовательных мероприятий, научных конференций и семинаров. Огромное значение имеет международный обмен обучающимися, в котором участвует и кафедра патологической анатомии с курсом судебной медицины СПбГПМУ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Энциклопедия судебной и юридической медицины (второе издание). С. Корднер, Л. Мэннинг. 2016. [inhttps://doi.org/10.1016/B978-0-12-800034-2.00319-0](https://doi.org/10.1016/B978-0-12-800034-2.00319-0).
2. Райа Б. Вскрытие: суровые будни судебно-медицинского эксперта в Африке. М.: Бомбора, 2022 г. 288 с.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ МЕХАНИЧЕСКОЙ АСФИКСИИ

Галахова Екатерина Александровна

Руководители темы: доц. Калинина Елена Юрьевна, доц. Давыдова Злата Вячеславовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра судебной медицины.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: galahowa.cater@yandex.ru

Ключевые слова: механическая асфиксия; дифференциальная диагностика.

Введение. Одним из актуальных вопросов судебно-медицинской экспертизы механической асфиксии, в частности strangulation асфиксии, является диагностика переломов подъязычной кости и хрящей гортани, в частности щитовидного и перстневидного хрящей, при различных видах механического воздействия на область шеи — повешении, удушении петлей, удушении руками.

Цель исследования. Изучить дифференциально-диагностические признаки переломов подъязычной кости и хрящей гортани, при различных видах внешнего воздействия на область шеи, то есть при различных видах strangulation асфиксии.

Материалы и методы. На основании практического материала, около 60 объектов, установлены дифференциально-диагностические признаки таких переломов, позволяющие установить вид strangulation асфиксии. Для выявления повреждений применяется комплексный метод исследования подъязычной кости и щитовидного хряща — послойное отсепаровывание мягких тканей с органокомплекса шеи с визуальным его осмотром и с последующим использованием рентгенографии и микроскопии. Выявление переломов подъязычной кости и щитовидного хряща на секционном материале способствует решению вопросов на современном научном уровне. Метод этот демонстрирует значимость объективных лабораторных методов для получения дополнительной ценной информации об изучаемом объекте. Переломы подъязычной кости и щитовидного хряща считаются характерным признаком strangulation механической асфиксии. Отмечается также зависимость переломов от процессов окостенения и повышенной хрупкости, связанной с остеопорозом, наблюдаемым с возрастом.

Результаты. При повешении типичным местом перелома подъязычной кости является преимущественно дистальная часть (верхняя треть) больших рогов подъязычной кости, при широкой и полужесткой петле (например при повешении на ремне), давящей непосредственно на подъязычную кость также возможны переломы тела подъязычной кости, переломы в области сочленения тела с большим рогом подъязычной кости, при повеше-

нии возможны также переломы верхних рогов щитовидного хряща. Переломы подъязычной кости и щитовидного хряща возникают не только в случаях прижизненного повешения, но и посмертного, при подвешивании трупа. Наиболее часто в случаях подвешивания трупа, как и при прижизненном повешении отмечены повреждения больших рогов подъязычной кости, но при препарировании органокомплекса шеи в местах повреждений отсутствуют кровоизлияния. Имеется определенная зависимость между расположением узла петли на шее и характером переломов: при типичном расположении петли (с узлом на задней поверхности) чаще возникают изолированные или комбинированные двухсторонние переломы рогов подъязычной кости и щитовидного хряща и реже — односторонние изолированные переломы рогов. Правосторонняя и левосторонняя локализация узла петли на шее характеризуются, в основном, изолированными переломами рогов на этой же стороне, реже отмечаются изолированные переломы на стороне противоположной узлу, а также двухсторонние переломы. Переломы подъязычной кости и щитовидного хряща выявляются при свободном висении тела трупа слегка касаясь ногами поверхности опоры или располагаются на коленях. При положении тела лежа переломов не отмечается. Таким образом при повешении возникновение переломов подъязычной кости и щитовидного хряща связано с положением узла петли на шее и прямо зависит от силы тяжести, под действием которой происходит ее затягивание. По механизму воздействия на органы шеи удушение петлей отличается от повешения. Если при повешении петля затягивается под тяжестью тела, то при удушении петлей давление на шею обуславливается степенью затягивания ее извне. При удушении петлей чаще встречаются переломы рогов и пластин щитовидного хряща, чем подъязычной кости, поскольку петля располагается непосредственно в средней трети шеи и происходит сильное и равномерное ее сжатие и давление на щитовидный хрящ, если же петля располагается ниже щитовидного хряща, то возможно повреждение еще и дуги перстневидного хряща. Для удушения петлей с локализацией узла на шее спереди или сзади

более характерны двухсторонние переломы рогов щитовидного хряща, обусловленные равномерным его смещением к позвоночнику. При локализации узла петли на боковой поверхности шеи (правой или левой) чаще возникают односторонние переломы рогов щитовидного хряща на соответствующей стороне. Также при любом расположении узла на шее не исключается возможность появления и других переломов. При удушении органов шеи руками, вследствие непосредственного значительного воздействия прикладываемой силы, переломы подъязычной кости и щитовидного хряща возникают часто. Возникновение переломов при удушении руками, как и при остальных видах странгуляционной асфиксии, стоит в прямой связи с процессами окостенения хрящей и их повышенной хрупкостью. Необходимо отметить, что при удушении руками новорожденного могут быть переломы, и это объясняется слабостью связочного аппарата, а может и нет быть переломов, что объясняется большой эластичностью подъязычной кости и щитовидного хряща у детей. В случаях удушения руками большое экспертное значение придается оценке повреждений на коже шеи. По характеру и расположению кровоподтеков и ссадин устанавливается сдавливающая шею рука, судят о положении потерпевшего и нападающего в момент происшествия. В типичных случаях, сдавление шеи происходит правой рукой, при этом большой палец располагается на правой стороне шеи, а остальные пальцы слева. Ценные в этом аспекте сведения можно получить исследуя особенности переломов подъязычной кости и щитовидного хряща. Наблюдаются переломы-вывихи рогов подъязычной кости в области сочленения их с телом, в основном, правосторонние, вследствие воздействия большого пальца правой кисти. Слева от давления остальных четырех пальцев образуются

переломы хрящей гортани, а именно перелом верхнего рога щитовидного хряща. При сдавлении шеи левой рукой эти соотношения могут быть противоположными. Возможно повреждение пластин щитовидного хряща и дуги перстневидного хряща в результате низкого расположения руки, сдавливающей шею. Сдавление шеи двумя руками спереди, в основном, сопровождается переломами обоих рогов подъязычной кости. При сдавлении одной рукой переломы локализуются на передней поверхности подъязычной кости, поскольку оно является местом наибольшего растяжения. В тех случаях, когда кость не столько сдавливается, сколько смещается назад и прижимается к позвоночнику (при сдавлении двумя руками) рога ее расходятся в стороны и переломы образуются по задней поверхности, т.к. место наибольшего растяжения меняется.

Выводы. Использование современных методов выявления и исследования переломов подъязычной кости и хрящей гортани важны для получения дополнительной ценной информации об изучаемом объекте, которая используется непосредственно как источник доказательств по уголовному делу.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козин В.А. Судебно-медицинская характеристика переломов подъязычной кости и щитовидного хряща при некоторых видах внешнего воздействия / Валерий Александрович Козин. Владимир, 1974. 106 с.
2. Актуальные вопросы судебно-медицинской травматологии / Под редакцией проф. А.А. Матышева. Л.: ЛСГМИ, 1987. 100 с.
3. Матышев А.А., Витер В.И. Судебно-медицинская экспертиза механической асфиксии. СПб. — Ижевск: Медицина. 1993.

ПЕДИАТРИЯ И НЕОНАТОЛОГИЯ

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ С ЭНМТ, РОДИВШИХСЯ В НМИЦ ИМ. В.А. АЛМАЗОВА В 2022 ГОДУ

Ускова Светлана Юрьевна

Научный руководитель: к.м.н., Чугреева Ольга Николаевна

Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова. Кафедра детских болезней с клиникой.
197341, Санкт-Петербург, ул. Аккуратова, д. 2. Email: suskovamiss@gmail.com

Ключевые слова: экстремальные недоношенные; заболевания у детей с ЭНМТ; новорожденные весом менее 1000 г; выживаемость у детей с ЭНМТ.

Введение. Частота преждевременных родов в РФ составляет 5–10% от числа всех родов, и не имеет тенденции к снижению. В Санкт-Петербурге она составляет 6,7–7,4%. По данным Минздрава РФ, частота рождения детей с ЭНМТ в России фиксируется на уровне 0,3–0,4%. Недоношенные дети имеют более высокие показатели заболеваемости и смертности по сравнению с доношенными, многие болезни перинатального периода приводят к дальнейшей хронической патологии и инвалидизации.

Цель исследования. Проанализировать заболеваемость и частоту рождения недоношенных детей с ЭНМТ, родившихся в ПЦ ФГБУ «НМИЦ имени В.А. Алмазова» в 2022 году и зависимость этих показателей от характера течения беременности и родов. Провести анализ частоты рождения недоношенных детей с ЭНМТ и показателей летальности за период с 2012 по 2022 гг. на основании медицинской документации детей, родившихся с ЭНМТ в ПЦ в 2022 г.

Материалы и методы. Исследовались недоношенные новорожденные с ЭНМТ рожденные в Перинатальном Центре за 2012–2022 гг.

- Ретроспективный анализ на основании заболеваний в динамике, и электронных историй болезни в системе qMS, детей, родившееся в период 2022 г., с массой тела при рождении менее 1000 г.
- Провести анализ заболеваемости и случаев летального исхода на основании личного наблюдения и историй болезни этих детей.

Заключение. 1. В 2022 году количество детей с ЭНМТ от общего числа недоношенных в процентном соотношении осталось на прежнем уровне,

что и в период 2012–2021 гг. составило 0,35–0,4%. 2. Наиболее частые заболевания у детей с ЭНМТ в 2022 году: синдром дыхательных расстройств, перинатальные инфекции различной локализации, ранняя анемия недоношенных, бронхолегочная дисплазия, некротический энтероколит. Структура заболеваемости детей с ЭНМТ не отличается от данных литературы. 3. 100% детей развили СДР, что возможно обусловлено развитием плода в условиях тяжелой хронической гипоксии или инфекции у матери. 4. Выявлена высокая частота ранней анемии новорожденных у всех детей — 81% из них потребовали гемотрансфузии. Что возможно связано с флеботоническими потерями и низким содержанием гемоглобина. 5. В 2022 г. у 9 детей развился НЭК, 4 из них потребовалось оперативное вмешательство. По сравнению с 2021 г. частота НЭК уменьшилась на 48%. 6. Частота остеопений в диагнозах в 2022 году снизилась на 31%. Вероятнее всего это связано с наиболее ранним введением стартового энтерального питания, с коррективкой ЭП и ПП с дотацией электролитов. 7. Летальность детей с ЭНМТ в период 2021–2022 гг. уменьшилось, и за 2 года осталась на прежнем уровне (8%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология. Учебное пособие. В 2 томах. Шабалов Н.П., Софронова Л.Н. 2020 г.
2. Управление неонатальным респираторным дистресс-синдромом у недоношенных детей (европейское консенсусное руководство-обновление 2015 года) S Sakonidou et al. Arch Dis Child Education Pract Ed. 2015 Oct.
3. Клинические рекомендации по неонатологии (Протоколы) 2021 г.

ОЦЕНКА ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПРОТИВОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА

Сафиуллина Наиля Джалиловна, Шлойда Ольга Сергеевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Вахитов Хаким Муратович

Казанский государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной педиатрии. 420012, Приволжский федеральный округ, Республика Татарстан, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49. E-mail: rector@kazangmu.ru

Ключевые слова: комплаентность; противовирусная терапия; рекомбинантные интерфероны; лечение; амбулаторная практика.

Введение. Несмотря на достижения современной медицины, в ряде случаев качество лечения страдает из-за низкой приверженности пациентов соблюдению врачебных рекомендаций. Низкая комплаентность приводит к удлинению сроков лечения, развитию осложнений, формированию резистентной флоры, низкой удовлетворенности качеством лечения. Данная проблема особенно остро стоит в амбулаторной практике в связи с отсутствием полноценного и регулярного контроля со стороны медицинского персонала.

Цель исследования. В этой связи актуальным представляется исследование приверженности родителей и детей лечению самых распространенных нозологических форм для амбулаторной практики.

Материалы и методы. В качестве контингента для настоящей работы нами выбрана группа детей дошкольного возраста с диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция» (ОРВИ) легкой и средней степени тяжести. Каждому из исследуемых было рекомендовано в качестве этиотропной противовирусной терапии применение назального рекомбинантного интерферона в курсовой дозе. Нами проанализированы следующие показатели приверженности больных к проводимой противовирусной терапии: соблюдение возрастных дозировок, частота (кратность) приема препарата, длительность курса терапии. Предложенные критерии оценивались на основании анализа анкетирования родителей больных детей.

Результаты. В ходе нашего исследования результаты показали, что 42% исследуемых не соблюдали кратность приема препарата, у 47% детей не соблюдалась длительность приема препарата: курсы были короче рекомендованных либо приемы препарата были эпизодическими. У 37% детей не соблюдались возрастные дозировки препарата. У 48% детей отмечалось несоблюдение двух и более критериев.

Выводы. По нашему мнению, причины низкой комплаентности могут быть следующими: недостаточная информированность пациентов о правилах применения лекарственных средств со стороны врача, пренебрежение рекомендациями врача со стороны родителей в силу уверенности родителей — «я сам лучше знаю», отсутствие наглядности в инструкции к препарату.

Исследование выявило низкую приверженность лечению ОРВИ рекомбинантными интерферонами на амбулаторном участке со стороны родителей. Для улучшения данного показателя, по нашему мнению, необходимо проводить коррекцию всех возможных причин. Как один из вариантов решения проблемы предлагается организации «Школ здоровья», работа которых будет нацелена на взаимодействие с родителями по оптимизации использования лекарственных средств в амбулаторной практике, для проведения которой можно привлекать студентов старших курсов медицинских вузов, ординаторов. В этом случае эффективность лечения в условиях амбулаторной сети может быть значительно усилена.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЗАДЕРЖКИ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЗБ УРОВНЯ

Вьюкова Екатерина Эдуардовна, Ходжиева Азиза Музаффаровна,
Шинкарева Юлия Евгеньевна, Грызунова Полина Михайловна

Научные руководители: д.м.н., профессор Чумакова Галина Николаевна; к.м.н., ассистент Бем Елена Венидиктовна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: katya.vyukova@bk.ru

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития (ЗВУР); физическое развитие новорожденного; малый размер плода; малая масса к сроку гестации; трофические нарушения.

Введение. Замедленный рост и недостаточность питания плода приводит к нарушению перинатальной адаптации новорожденных, развитию неонатальных заболеваний, поэтому необходимо сразу после рождения проводить полную оценку физического развития всех новорожденных.

Цель исследования. Изучение физического развития новорожденных в перинатальном центре ЗБ уровня и определение частоты и структуры нарушений, связанных с внутриутробным замедленным ростом и недостаточностью питания.

Материалы и методы. Сплошная выборка 1000 историй развития новорожденных из перинатального центра (ПЦ) СПбГПМУ с 01.01.2022 г. Проведена выборка по гестационному возрасту (ГВ) и анализ физического развития доношенных новорожденных.

Результаты. Проведена выборка доношенных новорожденных с ГВ от 37 0/7 до 41 6/7 недель. Родилось доношенными — 936 новорожденных. Изучена оценка антропометрических показателей и соотношение массы к длине (М/Дл) новорожденных по диаграммам мальчиков и девочек INTERGROWTH-21st ГВ 35–43 недели. Код по МКБ-10 «Замедленный рост и недостаточность питания плода» Р 05 выявлен у 58 новорожденных.

Частота встречаемости — 6,2%. В РФ — 5,01%, что на 19,2% ниже, чем в ПЦ. Виды нарушений ФР: Масса < р10–63,8% (код по МКБ-10 — Р 05.0 + Р 05.1) Масса р (10–90), соотношение м/дл < р 10–36,2% (Р 05.2). Структура нарушений ФР новорожденных в ПЦ: Р05.0 Маловесный для ГВ (43,1%), Р05.1 Малый размер плода для ГВ (20,7%) Р05.2 Недостаточность питания плода без упоминания о «маловесном» или маленьком для ГВ. (36,2%). Распределение всех на-

рушений ФР у доношенных детей в зависимости от степени зрелости: 37–38 нед — 39,7%, 39–40 нед — 53,4%, 41 нед — 6,9%, что связано с высокой частотой рождения зрелых доношенных. Частота нарушений ФР (Р05.2) у доношенных детей в зависимости от степени зрелости: 37–38 нед — 26%, 39–40 нед — 42%, 41 нед — 50%, что формирует линейный тренд трофических нарушений при массе соответствующей ГВ в зависимости от зрелости новорожденных.

Выводы. Физическое развитие новорожденных оценивается по двум центильным диаграммам: антропометрические данные и отношение М/Дл (масса к длине). Частота встречаемости внутриутробного «замедленного роста и недостаточности питания» в перинатальном центре ЗБ уровня составила 6,2%. В 36,2% нарушения физического развития представлены у детей с массой соответствующей ГВ.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Т.В. Андрюшина И.В. Задержка внутриутробного развития и ее влияние на состояние здоровья. Современные подходы к вскармливанию детей. Лечащий врач, сентябрь 2018, № 9, www.lvrach.ru.
2. Fernández-Alba et al. "INTERGROWTH21st vs customized fetal growth curves in the assessment of the neonatal nutritional status: a retrospective cohort study of gestational diabetes" BMC Pregnancy and Childbirth (2020) 20:139.
3. Чумакова Г.Н., Усынина А.А., Киселева Л.Г., Гржибовский А.М., Постоев В.А. Оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных детей при рождении. Методические рекомендации. Архангельск: МИАЦ, 2017. 28 с.

ЧАСТОТА И ТИПЫ НАРУШЕНИЙ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ В ПЕРИНАТАЛЬНОМ ЦЕНТРЕ ЗА УРОВНЯ

Масаева Рузана Мартиновна, Хосроева Алена Асланбековна

Научные руководители: д.м.н., Чумакова Галина Николаевна, к.м.н., ассистент Бем Елена Венедиктовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: suna.masaeva98@gmail.com

Ключевые слова: задержка внутриутробного развития (ЗВУР); физическое развитие новорожденного; малый размер плода; малая масса к сроку гестации; новорожденный.

Введение. Замедленный рост и недостаточность питания плода приводит к нарушению постнатальной адаптации новорожденных, развитию неонатальных заболеваний, поэтому необходимо сразу после рождения проводить полную оценку физического развития всех новорожденных для определения группы и факторов риска.

Цель исследования. Изучение особенностей физического развития доношенных новорожденных детей, родившихся в городском перинатальном центре ЗА уровня, определение частоты и структуры нарушений, связанных с задержкой внутриутробного развития.

Материалы и методы. Выполнение ретроспективного анализа 1000 историй развития доношенных новорожденных, рожденных в 2022 году в городском перинатальном центре (ГПЦ № 1) с анализом физического развития доношенных новорожденных относительно гестационного возраста.

Результаты. Проведен анализ физического развития 1000 доношенных новорожденных с ГВ от 37 0/7 до 41 6/7 недель, которые родились в 2022 году. Проведена оценка антропометрических показателей и соотношение массы к длине (М/Дл) новорожденных по диаграммам мальчиков и девочек INTERGROWTH-21st ГВ 35–43 недели. Код по МКБ-10 «Замедленный рост и недостаточность питания плода» Р 05 выявлен у 161 новорожденных. Частота встречаемости — 16,1%, значительно выше, чем по данным Росстата РФ за 2021 год

(5,01%). Виды нарушений ФР: Масса <р10–61,4% (шифр МКБ 10 — Р 05.0 + Р 05.1), Масса р (10–90), соотношение м/дл <р 10–20,5% (Р 05.2). Структура нарушений ФР новорожденных в ПЦ: Р05.0 Маловесный для ГВ (61,4%), Р05.1 Малый размер плода для ГВ (18,0%) Р05.2 Недостаточность питания плода без упоминания о «маловесном» или маленьком для ГВ. (20,5%).

Выводы. 1. Физическое развитие новорожденных необходимо оценивать по 2 центильным диаграммам: антропометрические данные и отношение массы и длины. 2. Частота встречаемости внутриутробного «замедленного роста и недостаточности питания» в городском перинатальном центре ЗА уровня составила 16,1%. 3. Наиболее часто встречалось нарушение физического развития у доношенных новорожденных по типу «маловесный для гестационного возраста» (61,4%).

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусова Т.В., Андрияшина И.В. Задержка внутриутробного развития и ее влияние на состояние здоровья. Современные подходы к вскармливанию детей. ЛЕЧАЩИЙ ВРАЧ, СЕНТЯБРЬ 2018, № 9, www.lvrach.ru.
2. Чумакова Г.Н., Усынина А.А., Киселева Л.Г., Гржибовский А.М., Постоев В.А. Оценка гестационного возраста и физического развития новорожденных детей при рождении. Методические рекомендации. Архангельск: МИАЦ, 2017. 28 с.

ИЗУЧЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ФОТОТЕРАПИИ ПРИ НЕОНАТАЛЬНЫХ ГИПЕРБИЛИРУБИНЕМИЯХ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ЧЕК-ЛИСТОВ

Посмашная Софья Тарасовна, Кривонос Наталья Алексеевна

Научные руководители: д.м.н., профессор Чумакова Галина Николаевна; к.м.н., ассистент Бем Елена Венидиктовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра неонатологии с курсами неврологии и акушерства-гинекологии, факультет послевузовского и дополнительного профессионального образования. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: sofya43137@gmail.com

Ключевые слова: неонатальная желтуха; гипербилирубинемия новорожденных; стандартная и интенсивная фототерапия.

Введение. Метод фототерапии применяется в неонатологии с 1958 года и за 65 лет использования ламп фототерапии изучено более 20 ранних ее осложнений и активно изучаются поздние осложнения. Все это требует отношения к фототерапии как к лекарству, с соблюдением показаний к назначению, длительности и способа ее проведения.

Цель исследования. Оптимизация проведения фототерапии в условиях отделения физиологии новорожденных.

Материалы и методы. Проведено изучение 100 историй развития новорожденных с неонатальной желтухой, потребовавшей проведения фототерапии в физиологическом отделении новорожденных перинатального центра. На все карты новорожденных заполнены чек-листы проведения фототерапии.

Результаты. Проведена выборка историй развития доношенных новорожденных с гестационным возрастом от 37 0/7 до 41 6/7 недель, получавших фототерапию в отделении физиологии новорожденных. Проведена оценка клинического описания степени желтухи — в 50% историй развития указывается субиктеричность кожного покрова, что не дает представления о степени выраженности желтухи, в 41% указана степень желтухи по шкале Крамера, в 9% цвет кожи не указан. Вычисляется максимальная убыль массы тела, но не сопоставляется с развитием желтушного синдрома. Диагноз преимущественно — желтуха неонатальная не уточненная P59.9. Нарушены показания как

к стандартной, так и к интенсивной фототерапии, начало фототерапии ниже значений линии фототерапии для данного хронологического возраста, не учитываются факторы риска. Несвоевременно отменяется фототерапия — средний показатель длительности фототерапии составил 50 часов при позднем начале фототерапии и 80 часов при раннем. Нет контроля фототерапии через сутки после окончания.

Выводы. Необходимо оптимизировать проведение фототерапии в отделении новорожденных: строго соблюдать показания к началу проведения фототерапии, контролировать вид и длительность при интенсивной и стандартной фототерапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Неонатология. Клинические рекомендации / под ред. Н.Н. Володина, Д.Н. Дегтярева, Д.С. Крючко. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 320 с. Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970462133.html>.
2. Thor Willy Ruud Hansen, M. Jeffrey Maisels. Sixty years of phototherapy for neonatal jaundice — from serendipitous observation to standardized treatment and rescue for millions. Journal of Perinatology (2020) 40:180–193.
3. Roya Taheritafti, Moj Taheritafti. Comparison of Intermittent and Continuous Phototherapy to Treat Non-hemolytic Moderate Hyperbilirubinemia in Term Infants: A Randomized, Controlled Trial. Biomed J Sci & Tech Res 24(2)-2020. BJSTR. MS.ID.004017.

К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ КАШЛЯ У ДЕТЕЙ

Шабанова Надежда Дмитриевна

Научные руководители: д.м.н., профессор Бойцова Евгения Викторовна, к.м.н., доцент Шестакова Маргарита Дмитриевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: nd.shabanova@yandex.ru

Ключевые слова: кашель; микоплазменная инфекция; ателектаз.

Введение. Вопросы дифференциальной диагностики, в особенности на стыке специальностей, являются важнейшей составляющей работы практикующего врача. Кашель является самым частым симптомом по поводу, которого родители обращаются в медицинские учреждения, что требует от врача знания дифференциальной диагностики этого симптома. Известно, что кашель, может быть проявлением различных заболеваний не только пульмонологического профиля [1]. Особенно сложным является дифференциальная диагностика затяжного и хронического кашля. В тоже время следует помнить, что согласно исследованиям, самой частой причиной длительного кашля у детей, независимо от возраста, являются инфекции, характеризующиеся длительной персистенцией возбудителя [2]. *Mycoplasma pneumoniae* — микроорганизм, который вызывает воспаление как верхних, так и нижних дыхательных путей. В человеческой популяции респираторный микоплазмоз составляет 10–16% всех случаев ОРЗ, в эпидемический период эти цифры достигают 30–40%. Внутриклеточная локализация возбудителя защищает его от иммунного ответа хозяина и позволяет длительно персистировать в его организме, что приводит к латентному, хроническому течению инфекции [3]. Специфика патогенного действия микроорганизма на слизистую оболочку определяет клиническую картину заболевания, которая чаще не имеет манифестного начала и характеризуется длительным сохранением катаральных симптомов. Согласно исследованиям, *M. pneumoniae* часто обнаруживается у детей с хроническим кашлем, особенно во время активных эпидемий [4].

Цель исследования. Определить особенности дифференциальной диагностики длительного кашля у детей.

Материалы и методы. Описание клинического случая на основании истории болезни.

Результаты: девочка 6 лет направлена на консультацию гастроэнтеролога с жалобами на длительный кашель. Из анамнеза: 6 месяцев назад девочка перенесла ОРЗ, осложнившееся обструктивным бронхитом [5]. С этого времени сохраняется малопродуктивный кашель в течение дня и при физической нагрузке. Наблюдается участковым

педиатром. Анализ крови на антитела к гельминтам, коклюшу и паракоклюшу оказался отрицательным [6]. Получала терапию: муколитики, антигистаминные препараты, беродуал, пульмикорт, без эффекта. Обследована у аллерголога, выявлена умеренная сенсibilизация к клещу домашней пыли, яйцам, коровьему молоку, а-лактоглобулину, в-лактоглобулину [7]. Диагностирован аллергический трахеобронхит, назначен сингуляр, гипоаллергенная диета и быт, несмотря на лечение кашель сохранялся. Ребенок осмотрен гастроэнтерологом, который заподозрил гастроэзофагеальный рефлюкс [8, 9, 10], как причину хронического кашля. Была назначена терапия гевисконом и маалоксом, эффекта от лечения не отмечалось. В связи с отсутствием положительной динамики в течение болезни, выполнена рентгенография легких, обнаружен ателектаз S5 справа. Для исключения инфекционной причины болезни назначено исследование сыворотки крови на антитела к *M. pneumoniae* и *Ch. pneumoniae*, обнаружены IgM к *M. pneumoniae*. Назначен кларитромицин, на 4 день кашель значительно уменьшился, затем исчез. Рентгенография грудной клетки через 3 недели — без очаговых и инфильтративных изменений. При осмотре через 2 месяца — жалоб нет.

Заключение. Самая частая причина кашля у детей — инфекции нижних и верхних дыхательных путей, микоплазменная инфекция характеризуется длительной персистенцией возбудителя в организме и является важной причиной длительного кашля.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нестеренко З.В., Бойцова Е.В., Маталыгина О.А., Трухманов М.С., Шабалов А.М., Шестакова М.Д., Лагно О.В., Богданова Н.М., Балашов А.Л. Анатомо-физиологические особенности, методы обследования, семиотика и синдромы поражения дыхательной системы у детей. Учебно-методические рекомендации для студентов 3 курса педиатрического факультета / Санкт-Петербург, 2019. Сер. Библиотека педиатрического университета.
2. Овсянников Д.Ю., Бойцова Е.В., Макаренко Е.В. Основные респираторные симптомы. В кн.: Педиатрия: том 2. Москва РУДН; 2022: 44–71.

3. Зайцева С.В., Застрожина А.К., Муртазаева О.А. Микоплазменная инфекция у детей. (обзор литературы) https://www.rmj.ru/articles/pediatrics/Mikoplazmennaya_infekciya_u_detey_obzor_literatury.
4. Waites K.B., Talkington D.F. Mycoplasma pneumoniae and Its Role as a Human Pathogen // Clin. Microbiol. Rev. 2004. Vol. 17(4). P. 697–728; doi:10.1128/CMR.17.4.697-728.2004.
5. Фурман Е.Г., Мазунина Е.С., Бойцова Е.В., Овсянников Д.Ю. Затяжной бактериальный бронхит у детей — «новая» «старая» болезнь. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2017. Т. 96. № 2. С. 136–144.
6. Новикова В.П., Белова А.А. Лямблиоз у детей. Актуальные проблемы лечения. Children's Medicine of the North-West. 2022. Т. 10. № 1. С. 49–61.
7. Косенкова Т.В., Новикова В.П., Турганова Е.А., Бойцова Е.А. Особенности сенсibilизации у детей с бронхиальной астмой, проживающих в мегаполисе. Children's Medicine of the North-West. 2022. Т. 10. № 4. С. 75–80.
8. Новикова В.П., Маталыгина О.А., Гурова М.М., Грицинская В.Л., Шестакова М.Д., Завьялова А.Н., Листопадова А.П., Богданова Н.М., Бойцова Е.В., Нестеренко З.В., Трухманов М.С., Балашов А.Л., Евдокимова Н.В., Трапезникова А.Ю., Белова А.А. Семиотика и синдромы поражения пищеварительной системы у детей. Учебно-методическое пособие для студентов 3 курса педиатрического факультета / Санкт-Петербург, 2022. Сер. Библиотека педиатрического университета.
9. Новикова В.П., Маталыгина О.А., Гурова М.М., Грицинская В.Л., Пучкова А.Я., Шестакова М.Д., Завьялова А.Н., Листопадова А.П., Богданова Н.М., Бойцова Е.В., Нестеренко З.В., Трухманов М.С., Балашов А.Л., Евдокимова Н.В., Трапезникова А.Ю., Белова А.А. Особенности пищеварительной системы у детей, методы непосредственного, лабораторного и инструментального обследования. Учебно-методическое пособие для студентов 3 курса педиатрического факультета / Санкт-Петербург, 2022.
10. Бельмер С.В., Волинец Г.В., Горелов А.В., Гурова М.М., Звягин А.А., Корниенко Е.А., Новикова В.П., Печуров Д.В., Приворотский В.Ф., Тяжева А.А., Файзуллина Р.А., Хавкин А.И., Эрдес С.И. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей рекомендации общества детских гастроэнтерологов, гепатологов и нутрициологов. Редакция от 02.02.2022 г. В сборнике: Актуальные проблемы абдоминальной патологии у детей. Под общей редакцией проф. С.В. Бельмера и проф. Л.И. Ильенко. 2022. С. 192–276.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА РЕБЕНКОМ С МУКОПОЛИСАХАРИДОЗОМ 1-го ТИПА, ПОЛУЧАЮЩЕГО ФЕРМЕНТОЗАМЕСТИТЕЛЬНУЮ ТЕРАПИЮ

Ахмадуллина Альбина Айратовна, Назмутдинова Лия Рафаиловна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Камалова Аэлиа Асхатовна

Казанский государственный медицинский университет. Кафедра госпитальной педиатрии. 420012, г. Казань, ул. Бутлерова, д. 49. E-mail: ahmadullina7@mail.ru

Ключевые слова: мукополисахаридоз 1-го типа; ферментозаместительная терапия; ранняя диагностика; трудности подбора терапии; дети раннего возраста.

Введение. В связи с отсутствием ранних проявлений заболевания, затруднена ранняя диагностика мукополисахаридоза (МПС) 1-го типа, которая важна ввиду разработанной ферментозаместительной терапии (ФЗТ) и трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) при данном заболевании.

Цель исследования. Представить клинический случай ребенка с МПС 1-го типа синдромом Гурлер с длительным катамнезом на фоне продолжительной ФЗТ.

Материалы и методы. Анализ истории болезни, работа с медицинской документацией, анализ медицинской литературы.

Результаты. Девочка 14 лет с диагнозом: «МПС 1 типа (синдром Гурлер). Врожденная недостаточность митрального клапана (МК) 3 степени. Состояние после пластики МК. Диастолическая дисфункция левого желудочка, недостаточность аортального клапана 1–2 степени. Дилатация левых отделов сердца. Килевидная деформация грудной клетки. Кифоз. Сгибательная контрактура обоих локтевых суставов. Локтевая косорукость с обеих сторон. Варусная установка стоп. Дисплазия тазобедренных суставов. Пупочная грыжа. Помутнение роговицы. Нейросенсорная тугоухость» в течение 11 лет непрерывно наблюдается в ГАУЗ ДРКБ МЗ РТ (Казань) и получает ФЗТ препаратом ларонидазы.

Из анамнеза известно, что ребенок от 4 беременностей, 2 срочных родов. До постановки диагноза отмечались выраженная одышка в покое и утомляемость, по ЭхоКГ увеличение левых отделов сердца, множественные дефекты межпредсердной перегородки, недостаточность МК 3 степени, в связи с чем была прооперирована в возрасте 6 месяцев. В динамике отмечались задержка нервно-психического развития, диффузная мышечная гипотония,

нарастание деформации головы и грудной клетки, помутнение роговицы, появление пупочной грыжи, двусторонняя нейрогенная косоплоскость. В 1 год и 9 месяцев впервые был выставлен МПС I типа, на основании гарголидных черт лица, деформации грудной клетки, кифоза, тугоподвижности локтевых суставов, помутнение роговицы, порока сердца, задержки психомоторного развития, варусной установки стоп, пупочной грыжи. В возрасте 1 года 11 мес. МПС I типа подтвержден; ↓ уровень альфа-L-идуронидазы в лейкоцитах 0,01 нМ/мг/час, выявлена мутация в гене *IDUA*.

От ТГСК ввиду патологии сердца и потенциальной кардиотоксичности химиотерапии отказались в пользу ФЗТ, которая была начата в 2 года, препаратом ларонидазы в дозе 100 Ед/кг 1 раз в неделю постоянно.

Несмотря на положительную динамику на фоне ФЗТ в первые годы лечения в виде сглаживания черт лица, уменьшение окружности головы, увеличение прозрачности роговицы, снижение контрактур суставов, ребенок смог учиться в обычной общеобразовательной школе с 1 по 3 классы, в дальнейшем наблюдается прогрессирование заболевания, в виде усиления апноэ во сне, что потребовало установку трахеостомы и перевода с 7 класса на домашнее обучение.

Заключение. Представленный клинический случай демонстрирует сложности ранней диагностики МПС, которые приводят к более позднему назначению ФЗТ и невозможностью применения более эффективного метода терапии — ТГСК, в связи с развившимися серьезными проявлениями со стороны сердечно-сосудистой системы. Положительный эффект ФЗТ в первые годы лечения не гарантирует положительный прогноз в будущем.

АЛГОРИТМЫ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ МОНОАРТРИТА У ДЕТЕЙ

Яблонская Анастасия Вячеславовна

Научный руководитель: ст. медицинский лаборант кафедры госпитальной педиатрии СПбГПМУ Лихачева Мария Николаевна; к.м.н., доцент Слизовский Николай Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: v.anastasia.w@gmail.com

Ключевые слова: моноартрит; дифференциальная диагностика; дети; острый и хронический моноартрит; карта дифференциальной диагностики; клинический алгоритм.

Введение. Моноартрит — артрит, при котором в воспалительный процесс вовлекается только один сустав, может быть проявлением как острой, так и хронической патологии. Круг заболеваний и состояний, сопровождающихся развитием моноартрикулярного синдрома у детей, довольно обширен, что требует всестороннего обследования и, зачастую, длительного дифференциального поиска для выявления природы заболевания. По этой причине обобщение сведений и выделение специфических признаков: характера дебюта и течения, длительности суставного синдрома и картины лабораторно-инструментальных методов обследования необходимо для оптимизации временных затрат и подбора адекватной тактики диагностики и лечения.

Цель исследования. Обобщение информации, анализ, выделение основных дифференциально-диагностических критериев и построение клинического алгоритма в виде карты дифференциальной диагностики при моноартрикулярных поражениях у детей.

Материалы и методы. Поиск и анализ доступных литературных источников в базах данных электронных информационных ресурсов PubMed, eLibrary, КиберЛенинка по ключевым словам. Системный подход к анализу данных и синтез с построением блок-схем.

Результаты. На основании проведенного анализа литературы были выделены и разобраны основные причины развития моноартрикулярных синдромов у детей, их частота встречаемости, клиника и диагностика. Основными обследованиями, позволяющими проводить дифференциальную диагностику, являются: клинический анализ крови с определением уровня СРБ, иммунологическое исследование крови, пункция сустава с бактериологическим исследованием синовиальной жидкости, современные лучевые методы обследования пораженного сустава (ультразвуковое исследова-

ние, рентгенография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография). В некоторых случаях показано проведение артроскопии с биопсией синовиальной оболочки с иммуногистохимическим исследованием и других дополнительных методов. Обобщение этих данных с выделением специфических критериев позволило построить клинические алгоритмы в виде карт дифференциальной диагностики. Однако в каждом случае алгоритм подбирается индивидуально в зависимости от тяжести состояния, выраженности клинических проявлений и болевого синдрома.

Заключение. Разработанный подход при моноартрикулярном синдроме у детей, начиная с тщательного сбора анамнеза, выявления системных симптомов (лихорадки, потери веса, ночной потливости), являющихся важными дифференциально-диагностическими критериями, последовательно позволяет исключать травмы, септические, инфекционные и аутовоспалительные процессы, онкологические заболевания, костно-суставной туберкулез, остеохондропатии. Это помогает сузить поиск и определить тактику дальнейшего обследования и своевременно начать лечение. Предложенные клинические алгоритмы оптимизируют ведение пациентов и сроки постановки диагноза, что в дальнейшем может предотвратить развитие различных осложнений, инвалидизацию, повысить эффективность ответа на лечение и качество жизни. Проведенный анализ литературных данных, посвященных изучению заболеваний, сопровождающихся развитием моноартрита, показал, что проблема их дифференциальной диагностики у детей остается актуальной и требует мультидисциплинарного подхода, поэтому необходима более широкая информированность педиатров, детских ревматологов и ортопедов о смежной суставной патологии, течение которой может протекать под различными масками.

ПСИХИАТРИЯ И ПСИХОЛОГИЯ

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА ШКОЛЬНОЙ ГРУППЫ

Близнякова Дарья Сергеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Лисовский Олег Валентинович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра общей медицинской практики.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: d.bliznyakova@yandex.ru

Ключевые слова: здоровье школьников; качество жизни.

Введение. Качество компонентов здоровья, а соответственно и жизни детей подросткового возраста зависит не только от физических и психоэмоциональных, но и поведенческих вариантов реагирования [1, 2]. Приобретение навыка справляться с тревогой и стрессовыми ситуациями в юном возрасте, дает возможность преодолевать те же ситуации в зрелом возрасте более осознанно и спокойно. Уровень стресса растет вместе с увеличением возраста индивида, в связи с нарастающим уровнем ответственности, обязанностей [3, 4]. Тип поведения, заложенный в подростковом периоде при определенных ситуациях, может помогать при схожих ситуациях во взрослом возрасте, но которые несут большую стрессовую нагрузку на состояние индивида [4, 5]. При неверном выработанном типе реагирования, схожая ситуация или множество событий могут привести к депрессивным и тревожным расстройствам во взрослом возрасте, которые не только снижают качество жизни индивида, но и отрицательно влияют на окружающий его социум — семья, друзья, коллеги; которые могут быть зависимыми от этого человека [6, 7]. Необходимо обучать детей подросткового возраста школьной группы навыкам поведенческого реагирования не только потому, что это способствует улучшению их качества жизни и здоровья, но и является профилактикой развития хронических заболеваний соматического и психического типа в зрелом возрасте [8, 9, 10].

Цель исследования. Выявить взаимосвязь между физическим и психическим компонентом качества жизни у старших подростков школьной группы, не имеющих хронических заболеваний.

Материалы и методы. В исследовании приняло участие 116 школьников подросткового возраста с 15–18 лет с 9 по 11 класс, обоих полов: 22 мальчика, 94 девочки. Средний возраст детей составил $14,6 \pm 2,3$ года. Социологическое исследование производилось при помощи валидизированного опросника SF-36 «Оценка качества жизни», позво-

ляющего выявить: физическое функционирование (PF); ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP); интенсивность боли (BP); общее состояние здоровья (GH); жизненная активность (VT); социальное функционирование (SF); ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE); психическое здоровье (MH).

Результаты. Физические компоненты здоровья и психические компоненты здоровья изучались в 3 группах школьников: 9 класс (15–16 лет), 10 класс (16–17 лет), 11 класс (17–18 лет). Установлено влияние: физического функционирования (PF) показатель ограничения физических способностей в связи со здоровьем — без отклонений; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP) показатель влияния физического состояния на повседневную деятельность — статистически незначимое отклонение; интенсивность боли (BP) показатель ограничения активности в связи с наличием боли — без отклонений; общее состояние здоровья (GH) показатель субъективной оценки состояния собственного здоровья — статистически незначимое отклонение; жизненная активность (VT) показатель субъективной оценки наличия сил и энергии — статистически значимый низкий показатель; социальное функционирование (SF) показатель физического и психоэмоционального состояния, за счет которого обусловлена социальная активность — статистически значимый низкий показатель; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE) показатель оценки степени влияния эмоционального состояния на выполнение той или иной работы — статистически значимый низкий показатель; психическое здоровье (MH) общий показатель положительных эмоций — статистически значимый низкий показатель.

Заключение. Школьники подростковой группы склонны к депрессивным, тревожным переживаниям, психическому неблагополучию, значительным

ограничениям социальных контактов и снижению уровня общения в связи с ухудшением эмоционального состояния, в связи с этим наблюдается ограничение в возможностях выполнения повседневной работы. Максимальные проявления выражены среди учащихся 9 класса, что определяется повышенной ответственностью перед итоговой аттестацией и первым значимым рубежом самоопределения при выборе профессии.

Неблагополучие психического компонента качества жизни подростков является фактором риска развития психосоматических заболеваний у лиц старшего возраста, что определяет необходимость своевременной психологической диагностики, коррекции нарушений и усиления профилактической работы в школе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лисовский О.В., Лисица И.А., Панкратова П.А., Красноруцкая Д.А., Колосюк В.А., Кириченко И.Я., Лисовская Е.О., Близнякова Д.С., Богданова Е.А. Особенности психического здоровья подростков в студенческой среде. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи: сборник трудов VI научно-практической конференции. Санкт-Петербург, 2022. С. 379–381.
2. Milner E.B. Guryeva V.A. Burnysheva I.A. Novikova V.P. Quality of live in obese children. Archives of Disease in Childhood. 2021. Т. 106. № S2. P. A87.2-A87.
3. Лисовский О.В., Лисица И.А. Экзаменационный стресс у студентов — возможные пути коррекции. Forcipe. 2022. Т. 5, № S2. С. 307–308.
4. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Лисица И.А., Карпатский И.В., Гавщук М.В. Возможности дистанционного обучения практическим навыкам в условиях пандемии COVID-19. Медицинское образование и профессиональное развитие. 2021. Т. 12, № 1(41). С. 54–66.
5. Новикова В.П., Комисарова М.Ю., Цех О.М. Питание и качество жизни школьников, страдающих хроническим гастродуоденитом. В книге: Психосоматическая медицина — 2006. Сборник тезисов I международного конгресса. 2006. С. 138.
6. Лисовский О.В., Панкратова П.А., Лисица И.А., Красноруцкая Д.А., Близнякова Д.С. Влияние образовательной среды на пищевое поведение студентов медицинского вуза. University Therapeutic Journal. 2022. Т. 4, № S. С. 74–75.
7. Лисовский О.В., Панкратова П.А., Лисица И.А., Красноруцкая Д.А., Колосюк В.А., Завьялова А.Н., Близнякова Д.С., Богданова Е.А. Выявление стереотипов реагирования подростков с использованием шкалы оценки пищевого поведения. Современные проблемы подростковой медицины и репродуктивного здоровья подростков и молодежи: сборник трудов VI научно-практической конференции. Санкт-Петербург. 2022. С. 236–238.
8. Алешина Е.И., Смирнов А.В., Новикова В.П., Суховская О.А., Обуховская А.С. Качество жизни у подростков с функциональной диспепсией. РМЖ. 2003. Т. 11. № 3. С. 175.
9. Новикова В.П., Медведева Т.Б., Цех О.М., Обуховская А.С. Качество жизни, психологический статус и отношение к алкоголю школьников Санкт-Петербурга. Ученые записки СПбГМУ им. Акад. И.П. Павлова. 2008. Т. 15. № S1. С. 53.
10. Новикова В.П., Богушевич С.В., Цех О.М. Качество жизни детей, страдающих ХГД и сопутствующим ожирением I–IV степени. Электронный сборник научных трудов "Здоровье и образование в XXI веке". 2006. Т. 8. № 12. С. 564.

ОЦЕНКА РОЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В СОЦИАЛИЗАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Смирнова Софья Кареновна, Мовсисян Сусанна Гагиковна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Поздняк Вера Владимировна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: framachka@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения; децентрация; эмпатия; эмоциональный интеллект.

Введение. Социальная адаптация индивида реализуется за счет совокупности множества факторов: психологических, социальных, педагогических. Для пациентов с шизофренией проблема адаптации стоит особенно остро, так как течение болезни часто выключает индивида из множества процессов, особенно это касается установления межличностных связей. В данной работе рассматривается конкретный фактор, влияющий на социальную адаптацию — эмоциональный интеллект и способность к эмпатии у лиц, страдающих шизофренией.

Цель исследования. Оценка влияния эмоционального интеллекта на возможность индивида реализовать себя в обществе, в труде, в межличностных отношениях. Задачами данной работы является изучение степени социальной адаптации у лиц, страдающих шизофренией, методами сбора анамнеза и тестирования, и соотнесение этих данных с интегральной оценкой эмоционального интеллекта.

Материалы и методы. В период с октября 2022 года по февраль 2023 год были опрошены 7 женщин и 7 мужчин возрастом от 36 до 73 лет на базе дневного стационара № 2, 1 и 3 отделения СПбГБУЗ ПБН № 1 им. Кащенко. Было проведено описательное исследование эмоционального интеллекта и социального интеллекта методом тестирования, шкалирования и сбора анамнеза у лиц с прежде выявленной шизофренией. Критерием исключения была впервые выявленная при текущей госпитализации шизофрения. Сбор данных проводился с использованием многофакторного опросника эмпатии (IRI), диагностики эмоционального интеллекта по Холлу, и схемы оценки уровня социальной адаптации по методике Рустановича (1997). Анамнестические данные использовались для оценки уровня социальной адаптации, и данная оценка соотносилась с полученными дифференцированными данными по уровню эмпатии и эмоционального интеллекта.

Результаты. В данной выборке были получены низкие средние значения интегрального показателя эмоционального интеллекта в диагностике по

Холлу (13,4 б.), при среднем удовлетворительном уровне социальной адаптации (2, 42 б.). Среди парциальных показателей эмоционального интеллекта среднее значение эмоциональной осведомленности было наибольшим (7,69 баллов). По прочим парциальным показателям были получены следующие данные: «Управление своими эмоциями» – 0,38 б., «Самотивация» 2, 15 б., «Эмпатия» 6,15 б., «Распознавание эмоций других людей» 4,33. Все средние парциальные показатели оставались на низком уровне. По методике Многофакторного опросника эмпатии были получены следующие средние парциальные значения: «Децентрация» 17,3, «Сопереживание» 14,5, «Забота» 19,5, «Дистресс» 15,7, что укладывается в средние значения по шкалам. Корреляция между показателями социальной адаптации и интегральным показателем эмоционального интеллекта является слабой (0,36), при этом выявляется сильная отрицательная корреляция между показателями социальной адаптации и Дистресса (–0,76). Между парциальными показателями прочих шкал и социальной адаптации не было получено статистически важной корреляции.

Заключение. Полученные данные отражают влияние заболевания у пациентов с шизофренией на социальную адаптацию. Общий уровень социальной адаптации, остается удовлетворительным, но низким. Также результаты исследования укладываются в представление об эмоциональном интеллекте данных пациентов, отражая затруднения в понимании и интерпретации эмоций окружающих. Из выявленной связи между эмпатическим дистрессом и уровнем социальной адаптации можно сделать предположение, что вызванные социальным взаимодействием негативные переживания создают затруднения в самореализации. Таким образом, можно выдвинуть предположение, что в рамках психообразовательной работы с пациентами, страдающими шизофренией, целесообразен фокус на развитие навыков преодоления сложных эмоциональных ситуаций, возникающих в межличностном общении.

РАССТРОЙСТВА ПОВЕДЕНИЯ СО СТОЙКИМИ КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Тулина Анастасия Артемовна, Сухаричева Александра Евгеньевна,
Гуренич Алексей Дмитриевич

Научный руководитель: к.м.н. Поздняк Вера Владимировна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет Минздрава России.
Кафедра психиатрии и наркологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: tulina635@gmail.com

Ключевые слова: детская психиатрия; управляющие функции; синдром дефицита внимания.

Введение. Управляющие функции — нейрокognитивные процессы (регуляции, управления, организации и контроля мыслей и действий) необходимых для достижения цели [1].

Цель исследования. Оценить управляющие функции и симптомы СДВГ у детей с разной патологией с помощью опросников, выявить закономерности.

Материалы и методы. Опросник BRIEF для оценки функций программирования и контроля у детей, апробированного Е.Ю. Гориной, под редакцией Т.В. Ахутиной. 2019 г., включающий индекс регуляции поведения (ИРП): отторгивание, переключение, контроль эмоций. Метакогнитивный индекс (МИ): Инициативность, рабочая память, планирование/организация деятельности, порядок в вещах, когнитивный контроль.

1) Шкала оценки синдрома дефицита внимания с гиперактивностью, апробированная Н.К. Сухоиной, Т.И. Егоровой ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава».

Была отобрана группа из 28 пациентов, наблюдающихся в ПНДРС, ПНДО5 и ПНДО4 ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С.С. Мнухина по критериям: от 7 до 16 лет, согласные на обследование, имеющие проблемы в обучении и нарушение нормального функционирования, не имеющих тяжелую психическую симптоматику с интеллектом выше 60, с диагнозами F06, F70 и F84.

Выделено четыре параметра сравнения:

- по диагнозу: F06 — 15 человек, F70 — 10 человек, F84 — 3 человека;
- по возрасту: до 11 лет — 9 человек, с 12 до 16 лет — 19 человек;
- по полу: 17 мальчиков, 11 девочек;
- по наличию синдрома дефицита внимания и гиперактивности.

2) Проведено анкетирование.

Результаты. По полученным результатам можно проследить следующие закономерности

По диагнозам. Самые высокие цифры по всем показателям, кроме рабочей памяти (по которой опережают дети с диагнозом F70), в группе детей с диагнозом F84.

Результаты с диагнозом F70 занимают промежуточное положение. У этих детей хуже всего показатели по двум функциям: отторгивание и переключение из шкал «ИРП».

Также сравнивая полученные данные с результатами из статьи Е.Ю. Гориной [2], у детей с диагнозом F70 подтверждается наиболее высокий балл по шкале рабочая память.

С диагнозом F06 по всем показателям результаты ниже, чем у остальных, что говорит о менее выраженных нарушениях управляющих функций у этих детей по сравнению с другими. Они имеют проблемы с переключением, инициативностью, рабочей памятью и планированием что перекликается с данными, приведенными в статье Е.Ю. Гориной [2].

По возрасту. В младшей группе у детей в возрасте до 11 лет показатели управляющих функций хуже, чем в группе с 12 до 16 лет, за исключением показателя инициативность, по которому они находятся практически на одном уровне, что говорит о трудности начать какую-либо деятельность в любом возрасте.

По полу. Показатели у мальчиков хуже, чем у девочек по всем функциям, за исключением контроля эмоций.

По наличию гиперактивности и невнимательности. Шкалы, принадлежащие «ИРП», больше всего коррелирует с гиперактивным/импульсивным поведением и тормозящим контролем [2], и по нашим результатам у детей, имеющих симптомы гиперактивности и/или СДВГ, гораздо выше показатели по этим шкалам, что подтверждает у них выраженные нарушения регуляции поведения.

Выводы. Таким образом, было выявлено, что хуже всего функции управления и контроля у детей с диагнозом F84. У них нарушены регуляция эмоций и поведения, планирование и организация деятельности, что приводит к снижению усвоения материала и адаптации в школе и в социуме в целом. Это препятствует их нормальному функционированию и требует большей помощи со стороны родителей и специалистов.

Дети с диагнозом F70 испытывают наибольшие трудности с самоконтролем и регуляцией поведения, действуют поспешно и без взвешивания возможных последствий своих поступков. Также им необходима помощь при выполнении сложных многоступенчатых задач.

Дети с диагнозом F06 показали лучшие результаты. Этим детям труднее всего начать и организовать деятельность, удерживать информацию в кратковременной памяти для выполнения многоэтапных задач.

Ожидаемо хуже показатели в группе мальчиков, чем в группе девочек, но девочки менее сдержаны в эмоциях.

У детей младшего возраста хуже показатели, чем у старших, что говорит о том, что управляющие функции формируются с возрастом.

У детей с СДВГ подтверждается наличие трудностей с регуляцией поведения и наличие гиперактивности и невнимательности по обоим опросникам.

ЛИТЕРАТУРА

1. Нейропсихическое развитие и управляющие функции и их нарушения Десмонд П. Келли и Миндо Дж. Натале.
2. Опросник для оценки функций программирования и контроля у детей / сост. и пер. Е.Ю. Гориной; под ред. Т.В. Ахутиной.

ОСОБЕННОСТИ ДИССОМНИИ У ЛИЦ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Лузянина Ольга Андреевна, Силина Алина Михайловна

Научный руководитель: д.м.н, доцент Гречаный Северин Вячеславович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: olya_luzyanina@mail.ru

Ключевые слова: диссомния; нарушение сна; хромотипы; когнитии, связанные со сном; невротические расстройства; соматоформные расстройства.

Введение. Диссомния представляется одним из распространенных клинических синдромов в медицине. В структуре невротических расстройств диссомния является тяжело переносимым и дезадаптирующим проявлением, которое не только ухудшает качество жизни, но и повышает риск возникновения других психических и соматических заболеваний.

Цель исследования. Выявление характерных особенностей диссомнии у лиц с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами.

Задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ имеющихся представлений о физиологии сна, факторах, влияющих на возникновение диссомнии.
2. Разработать программу исследования расстройств сна.
3. Исследовать характерные особенности и выраженность нарушений сна.
4. Провести корреляционный анализ вычисленных показателей сна.

Материалы и методы. Для изучения хромотипов был применен опросник Джеймса Хорна и Олафа Остберга «Утро-вечер» (Morningness — Eveningness Questionnaire Horne J. A., & Ostberg O.).

Исследование выраженности расстройств сна на основании: Питтсбургского опросника на определение качества сна (PSQI) (авторы D. Buysse et al., адаптация Е.А. Семенова, К.В. Даниленко, 2009), Шкалы дневной сонливости Эпворта (ESS) (автор M. Johns).

Также изучены дисфункциональные убеждения пациентов в отношении сна (Шкала дисфункциональных убеждений и предположений в отношении сна — ШДУС) (автор С. Morin, адаптация А.Ш. Тхостов, Е.И. Рассказова, 2007). Исследование проводилось на базе дневного стационара «Психоневрологического диспансера № 4». Выборку испытуемых составили пациенты, имеющие диагноз из группы «Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» //F40-F48// по МКБ-10. Обследовано 17 пациентов: из них 10 мужчин (59%)

и 7 женщин (41%), со следующими диагнозами: смешанное тревожное и депрессивное расстройство — 10 человек, расстройство приспособительных реакций — 3 человека, обсессивно-компульсивное расстройство — 2 человека, смешанные навязчивые мысли и действия — 1 человек, соматоформное расстройство неуточненное — 1 человек. Средний возраст — 26,7±4,86 лет.

Результаты. В ходе анализа полученных данных было выявлено, что самыми распространёнными хромотипами являются промежуточный тип (42%) и умеренно вечерний тип (42%). В то время как остальные хромотипы были выражены в меньшей степени или вовсе отсутствовали.

У всех испытуемых отмечаются выраженная задержка сна и дневная сонливость, в связи с этим наблюдалась дневная дисфункция: выраженная — 11 человек (65%), умеренная — 5 человек (29%), незначительная — 1 человек (6%). Чаще всего пациенты не могли уснуть в течение 30 минут (три или более раз в неделю у 16 человек (94%); менее, чем один раз в неделю у 1 человека (6%)), просыпались в середине ночи или под утро (три и более раз в неделю у 11 человек (65%); один или два раза в неделю у 4 человек (23%); менее, чем один раз в неделю у 2 человек (12%)). Также 9 пациентов (53%) указали дополнительную причину, которая три и более раз в неделю вызывала проблемы со сном: «яркие сны», «чувство страха», «покалывание по всему телу», «мышечная боль», «соматическое заболевание», «сонный паралич», «продолжительный дневной сон», «храп брата», «тревожность», «давящее чувство в груди». Реже всего пациенты испытывали боль во время сна — 3 человека (18%). Среди 6 человек (35%) во время сна половой партнер либо сосед по комнате отмечали у испытуемых: «громкий храп», «разговор», «частые переворачивания», «мычание», «смех», «скрежет зубами». Изучены различные когнитии испытуемых, связанные со сном. Так, было выявлено, что наиболее часто пациенты высказывали нереалистичные ожидания от сна, неправильные убеждения о методах коррекции бессонницы, неправильное присвоение или усиление

последствий. При этом неверные представления о причинах бессонницы встречались значительно реже.

Выводы. В ходе выполненной работы был проведён теоретический анализ имеющейся литературы, с помощью которого была разработана программа исследования. В ходе исследования было выявлено, что больше всего нарушен параметр сна — засыпание. В связи с этим все пациенты

отмечали ухудшение качества жизни (снижение социальной деятельности, сложность в сохранении достаточного настроения и активности для выполнения социальных и семейных обязательств). Важность воздействия и последующий мониторинг изменений выявленных дисфункциональных убеждений дает возможность подобрать адекватную терапию, сформировать и повысить комплаентность.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ КОМПЛАЙЕНС В ПСИХИАТРИИ

Панов Денис Николаевич, Николаева Анна Николаевна,
Помберг Елизавета Михайловна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Поздняк Вера Владимировна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: denis-denis1992@mail.ru

Ключевые слова: *комплайенс; приверженность лечению; негативные симптомы; медикаментозная терапия; терапевтическая резистентность; персонализация терапии; психиатрическая помощь; терапевтическое сотрудничество.*

Введение. Терапевтический комплаиенс оказывает влияние на успех терапии. Нонкомплаиенс остается одной из важнейших проблем эффективности здравоохранения, препятствует успешной терапии, продлевает течение заболеваний, увеличивает риск госпитализаций. Актуальность изучения приверженности к терапии при разных психопатологических синдромах состоит в том, что негативные клинические, социальные и экономические последствия терапевтического нонкомплаиенса не снижаются с ростом фармакотерапевтического арсенала медицины.

Цель исследования. Оценка терапевтический комплаиенса в психиатрии, позволяющего оценивать его общую структуру и дифференцированно рассмотреть составляющие его подсистемы, а также верифицировать условия формирования комплаиенса и влияние отдельных подсистем на установки и поведения на установки и поведение больных в процессе лекарственной терапии.

Задачи исследования:

1. Изучение влияния социально-демографических характеристик больных на показатели уровня комплаиенса и его отдельные аспекты.
2. Оценка влияния клинических параметров, включающих динамические и психопатологические характеристики, на уровень комплаиенса в целом и составляющие его факторы.
3. Исследование влияния субъективной удовлетворенности больных лечением в стационаре на уровень и факторы комплаиенса.
4. Выявление взаимосвязей параметров приспособительного поведения и комплаентности больных психозами.
5. Оценка влияния подсистемы «семья больного» на уровень комплаиенса больных и составляющие его факторы.
6. Изучение влияния подсистемы «отношения врач — больной» на комплаиенс больных с эндогенными психическими расстройствами.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе Психиатрической больницы № 1 им. П.П. Кащенко, диспансерное отделение, методом

анкетирования пациентов психиатрического профиля. Уровень продуктивной и негативной психопатологической симптоматики оценивалось при помощи шкал BPRS и SANS. Общий уровень функционирования на производстве, в учебе, семье оценивалось с помощью шкалы оценки глобального функционирования (GAF). Также использовалась шкала медикаментозного комплаиенса. В добровольном анкетировании приняли участие 30 пациентов: из них 15 мужчин (50%) и 15 женщин (50%) в возрасте от 22 до 76 лет, со следующими диагнозами: органическое заболевания головного мозга — 7 человек (23,3%), шизофрения — 16 человек (53,3%), циклотимия — 1 человек (3,3%), расстройства личности и поведения — 2 человека (6,7%), смешанное тревожное и депрессивное расстройство — 2 человека (6,7%), рекуррентное депрессивное расстройство — 1 человек (3,3%), биполярно-аффективное расстройство — 1 человек (3,3%).

В исследовании также учитывалось:

- семейное положение: 7 человек состоят в браке (23,3%), 23 человека не состоят (76,7%);
- уровень образования: со средним специальным — 18 человек (60%), со средним общим — 6 человек (20%), с высшим — 6 человек (20%);
- трудоустройство: работает 13 человек (43,3%), не работает 17 человек (56,7%).

Исследование состоит из введения, основной части, выводов и практических рекомендаций, заключения и списка использованной литературы.

Результаты. В ходе анализа полученных данных, было выявлено, что 9 человек (30%) нон комплаиентны. Из них с параноидной шизофренией — 7 человек (77,8%), с органическим заболеванием головного мозга — 1 человек (11,1%), с расстройством личности и поведения — 1 человек (11,1%). Среди них 5 мужчин (55,6%) и 4 женщины (44,4%), молодого возраста от 25 до 44 лет — 6 человек (66,7%) и среднего возраста от 45 до 59 лет — 2 человека (22,2%), 6 человек (66,7%) не работают и 3 человека (33,3%) работают, 8 человек (88,9%) не состоят в браке и 1 человек (11,1%) состоит, со средним

специальным образованием — 7 человек (77,8%), с высшим — 1 человек (11,1%), со средним общим — 1 человек (11,1%). Отмечено, что 66,7% пациентов считают, что препараты, как и любые “химические” вещества, могут оказаться вредными для организма и что психотропные препараты в дальнейшем могут произвести психологический эффект “зомбирования”, “разрушения” личности. Выявлено, что саботирование медикации у пациентов вызвано страхом стигматизации (прием лекарств воспринимается как подтверждение наличия психического заболевания для себя/окружающих).

Практические рекомендации:

- Обеспечивать высокий уровень социальной поддержки для пациентов психиатрического профиля.
- Необходимо формировать доступные знания о поддержании медикаментозной терапии на протяжении всего амбулаторного лечения.
- Реализовывать терапевтический альянс врача-наблюдения вне периода обострения.

Заключение. Низкая приверженность лечению в основном встречается у пациентов с шизофре-

нией, чаще мужского пола и молодого возраста, не работающие, не состоящие в браке, со средним специальным образованием. Среди факторов, управляющих нонкомплаентным поведением пациентов психиатрического профиля, помимо реакции избегания неприятных побочных эффектов медикаментозного лечения и желания прекратить лечение при хорошем самочувствии, важную роль играет отсутствие критики к своему заболеванию, страх приема лекарств, утраты контроля и стигматизации, негативная аффективность, отсутствие надежд на эффект от терапии. В настоящее время одним из главных направлений психиатрического лечения является полноценное информирование пациента о начале действия препарата, побочных эффектов, важности проведения медикаментозного лечения и регулярность приема терапии, формирование эффективной взаимосвязи врач-пациент, адекватность врачебного наблюдения в течение всего амбулаторного лечения. Для повышения соблюдения пациентами режима лечения используются различные виды психотерапии, включая психообразование, семейную терапию, поведенческую терапию.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЯВЛЕНИЯ АЛЕКСИТИМИИ И СТЕПЕНИ ФРУСТРАЦИОННОЙ ТОЛЕРАНТНОСТИ У ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ «ШИЗОФРЕНИЯ»

Орлов Даниил Михайлович, Кривдина Марина Юрьевна,
Литвинов Александр Вячеславович, Волхонский Андрей Александрович

Научный руководитель: к.м.н., доцент Поздняк Вера Владимировна, ассистент Хуторянская Юлия Вальерьевна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра психиатрии и наркологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: danuva@mail.ru

Ключевые слова: алекситимия; фрустрационная толерантность; шизофрения; диагностика.

Введение. В структуре клинических проявлений шизофрении одним из облигатных симптомов является обеднение эмоциональной сферы пациента. В связи с нарастанием эмоционального дефекта человеку может быть сложно описать свое собственное состояние, свои чувства, что и представляет собой алекситимию. Также эмоционально-волевое снижение влияет на поведение пациента в ситуациях фрустрации.

Цель исследования. Определить степени выраженности алекситимии и фрустрационной толерантности у пациентов с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма. Непрерывно-прогредиентный тип течения».

К задачам исследования относятся определение уровня алекситимии, определение уровня фрустрационной толерантности и выявления паттернов поведения в условиях фрустрирующих ситуаций, проведение корреляции и выявление закономерностей между степенью выраженности данных явлений и выраженности позитивной и негативной симптоматики.

Материалы и методы. В ходе исследования были оценены 32 пациента с диагнозом «Шизофрения, параноидная форма. Непрерывно-прогредиентный тип течения» в возрасте от 35 до 55 лет. Было исследовано 24 женщины и 8 мужчин. Срок заболевания не менее 5 лет. В исследовании критериями исключения были: злоупотребление психоактивными веществами и наличие органического поражения головного мозга. При оценке психического статуса больных шизофренией учитывали соотношение позитивных и негативных симптомов по шкале PANSS. Особое внимание обращали на негативные симптомы. Степень их выраженности по этой шкале оценивается по 7-балльной системе: отсутствует — 1 балл; очень слабая выраженность — 2 балла; слабая выраженность — 3 балла; умеренная выраженность — 4 балла; сильная выраженность — 5 баллов; очень сильная выраженность — 6 баллов; крайняя степень выраженности — 7 баллов. Для оценки явле-

ния алекситимии использовалась Торонтская шкала алекситимии в двух вариантах (TAS-26 и TAS-20) адаптированная в НМИЦ им. В.М. Бехтерева. В данной версии результат 62 балла и менее считается нормой, 63–73 балла дает основание отнести пациента в группу риска по алекситимии, 74 балла и более позволяет диагностировать алекситимию. Для оценки фрустрационной толерантности использовался рисуночный тест фрустрационных реакций Розенцвейга.

Результаты. По результатам исследования не было выявлено четкой зависимости между выраженностью алекситимии и степенью выраженности позитивной или негативной симптоматики.

Уровень фрустрационной толерантности пациенты показали довольно низкий, максимальный показатель — 6 баллов, при нормальном показателе фрустрационной толерантности в 14 баллов. 4 пациента показали результат в 6 баллов, 6 пациентов — 5 баллов, 11 пациентов — 4 балла, 6 пациентов — 3 балла, 5 пациентов — 2 балла. Снижение толерантности непосредственно коррелировала с выраженностью негативной симптоматики. Пациенты, чей балл по выраженности негативной симптоматике не превышал 20 показали результаты в 6 и 5 баллов, пациенты с большим показателем набирали 4 и 3 балла, 2 балла набрали пациенты со значением превышающим 26 баллов по шкале негативной симптоматики. Также в ходе исследования было выявлено преобладание реакций экстрапунтивной направленности среди исследуемой группы.

Заключение. Проанализировав данные по выраженности алекситимии и фрустрационной толерантности, мы пришли к выводам: уровень алекситимии у пациентов с диагнозом «Шизофрения» не зависит от степени выраженности негативной или позитивной симптоматики. Уровень фрустрационной толерантности у пациентов с диагнозом «Шизофрения» ниже нормальных значений и уменьшается с нарастанием негативной симптоматики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кафаров Т.А., Алиев Н.А., Алиев З.Н. Изучение алекситимии при шизофрении и некоторых соматических заболеваниях. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2020;120(4):29–33. <https://doi.org/10.17116/jnevro202012004129>.
2. Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии. Консультативная психология и психотерапия. 2014;4:98–114.
3. Клиническая психометрика: учебное пособие / В.А. Солдаткин, А.И. Ковалев, М.Н. Крючкова и др.; ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России, кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии. Ростов-на-Дону: Изд-во РостГМУ, 2020. 352 с.
4. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull. 1987; 13:261–276. PMID:3616518.
5. Li W, Cheng Y, Zhan L, Li L. A comparative study on alexithymia characteristics among three kinds of main hospitalized mental disorders. Chinese Journal of Clinical Psychology. 2009;17(2):171–172. [CateGoryIndex]: R277.720.

СКРИНИНГ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМ НЕХИМИЧЕСКОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Шарманова Евгения Андреевна, Юханова Юлия Алексеевна,
Поздняков Иван Валерьевич, Гречкина Анастасия Васильевна,
Ковалев Евгений Александрович, Зверева Екатерина Александровна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ильичев Алексей Борисович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра психиатрии и наркологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: psnar@mail.ru

Ключевые слова: зависимость; аддикция; социальная сеть; интернет; шизотипическое расстройство.

Введение. Нехимические (поведенческие) зависимости являются одной из наиболее социально значимых явлений. В то же время они недостаточно изучены в клиническом отношении. В частности, среди нозологических форм нехимических аддикций в МКБ-10 присутствует лишь зависимость от азартных игр (гемблинг). В МКБ-11 добавляется зависимость от компьютерных и видеоигр (гейминг). Современной тенденцией стал переход многих форм нехимических аддикций в онлайн-форму, более того, появление специфических вариантов аддикций, связанных с использованием ресурсов интернета.

Лица с психическими расстройствами относятся к группе риска развития аддикций. Коморбидное развитие нехимических аддикций обнаружено у пациентов с расстройствами личности, импульсивного контроля, депрессивными, тревожными, обсессивно-компульсивными расстройствами, дефицитом внимания с гиперактивностью (Gentile D.A., Choo H., Liao A. et al., 2011; Carli V., Durkee T., Wasserman D., 2013; Kraus S.W., Potenza M.N., Martino S. et al., 2015), а также с шизотипическим расстройством (Black D.W., Moyer T., 1998; Mittal V.A., Tessner K.D., Walker E.F., 2007; Laconi S., Andreoletti A., Chauchard E., 2016).

Цель исследования. Изучить клиническую структуру нехимических аддикций, в том числе связанных с онлайн активностью, у лиц с психическими расстройствами.

Материалы и методы. Обследовано 35 амбулаторных пациентов в психоневрологических диспансерах и дневных стационарах Санкт-Петербурга. Нозологическая структура обследованных: органические расстройства (F06) — 20% (7 чел.), органическое расстройство личности (F07) — 5,71% (2 чел.), шизотипическое расстройство (F21) — 37,14% (13 чел.), шизоаффективное расстройство (F25) — 2,86% (1 чел.), биполярное аффективное расстройство (F31) — 2,86% (1 чел.), расстройство личности (F61) — 31,43% (11 чел.). Респондентам предлагалась батарея опросников, включившая шкалы на

зависимость от интернета CIAS, азартных игр (онлайн гемблинг) OGSAS, компьютерных игр (онлайн гейминг) IGD-20, социальных сетей SMAS, сексуальной онлайн аддикции ISST. Также была включена шкала пищевой аддикции YFAS. Психопатологическая оценка проводилась по шкале социальной ангедонии RSAS, шкале импульсивности Барратта BIS-11, Дименсиональной обсессивно-компульсивной шкале DOCS, Многомерной шкале шизотипии MSS и опроснику выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R.

Результаты. В клинической структуре нехимических зависимостей были обнаружены следующие разновидности: зависимость от социальных сетей у 45,71% респондентов, зависимость от интернета у 20%, сексуальная онлайн аддикция у 14,29%, пищевая у 14,29%. Зависимость от компьютерных игр была обнаружена у одного респондента (2,86%). Онлайн гемблинг в исследуемой выборке не встретился. У всех респондентов обнаружена клинически значимая социальная ангедония. У всех, кроме одного (не набравшего также баллов по шкалам аддикций), выраженность проявлений достигала клинически значимого уровня (показатели PSI SCL-90-R выше 21,39). У всех, кроме двух (также не набравших баллов по шкалам аддикций), отмечалась клинически значимая выраженность индекса общей тяжести (показатель GSI SCL-90-R выше 0,51) и индекса выраженности дистресса (показатель PDSI SCL-90-R выше 1,17).

С помощью вычисления корреляции Тау-б Кендалла (с учетом небольшого размера выборки) обнаружены корреляции выраженности зависимости от социальных сетей с показателем межличностной сензитивности и фобий по SCL-90-R ($P < 0,01$), а также обсессивности-компульсивности, депрессии, тревожности, паранойяльности и психотизма ($P < 0,05$). Зависимость от интернета коррелировала с показателями обсессивности-компульсивности ($P < 0,01$), межличностной сензитивности и фобий ($P < 0,05$) по SCL-90-R. Сексуальная онлайн-аддикция обнаружила связь с показателем социальной ангедонии RSAS

($P < 0,05$). Наиболее значимые корреляции пищевой аддикции были установлены с депрессивностью, враждебностью, психотизмом по SCL-90-R ($P < 0,01$), а также паранойяльностью по SCL-90-R и категорией неприемлемых мыслей DOCS ($P < 0,05$).

Заключение. Наиболее частой формой нехимической аддикции у лиц с психическими расстройствами оказалась онлайн зависимость от социальных сетей. Ее формированию может способствовать переживание собственной неполноценности в сочетании с устойчивым страхом в отношении окружающего, тревожно-депрессивными переживаниями, подозрительностью и отгорожен-

ностью. Частыми формами являются зависимость от интернета и пищевая аддикция. На развитие первой вероятнее всего влияют обсессивно-компульсивные и фобические переживания в сочетании с чувством собственной неполноценности. Вторая может иметь в основе изменение аффективного фона (подавленность, ангедонию, дисфорию) в сочетании с подозрительностью и отгороженностью. Наряду с этим, недостаточность положительных эмоциональных переживаний при социальном взаимодействии (социальная ангедония) может рассматриваться как общее условие формирования аддиктивного поведения.

МАСКА ПСИХИАТРИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СИНДРОМА УШЕРА?

Котова Анастасия Александровна

Научный руководитель: д.м.н. Долгополов Игорь Станиславович

Тверской государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии педиатрического факультета.
170100, г. Тверь, ул. Ивана Седых, д. 1. E-mail: kotova.nastasia95@mail.ru

Ключевые слова: синдром Ушера; миопия; нейросенсорная тугоухость; диагностика.

Введение. Синдром Ушера — редкое генетическое заболевание, которое характеризуется врожденным нарушением слуха и прогрессирующим снижением остроты зрения. Как правило, наблюдается задержка психомоторного развития, а позднее присоединяются вестибулярные расстройства. Является наиболее частой причиной слепоглухоты в мире.

Распространенность синдрома Ушера от 3 до 6,2 случаев на 100 000 населения, с выраженными этническими колебаниями. Некоторые исследователи считают, что истинная распространенность синдрома Ушера приближается к 17% от общей численности глухих и слабослышащих людей в мире. Патология с одинаковой частотой наблюдается как у мужчин, так и у женщин.

Существует четыре типа болезни Ушера, которые различаются в зависимости от возраста манифестации и симптоматики. Тип 4 относится к атипичному варианту, связанному с мутациями в генах HARS, PDZD7, CEP250, C2orf71 или может наследоваться X-сцеплено. Большинство форм синдрома Ушера наследуется по аутосомно-рецессивному типу.

Цель исследования. Продемонстрировать сложность диагностики синдрома Ушера на ранних стадиях у пациента с атипичной клинической картиной.

Материалы и методы. Мальчик от I беременности, I срочных родов. Раннее развитие без особенностей. Вакцинация в соответствии с национальным календарем. Генеалогический анамнез отягощен: мама — миопия; младшая сестра 4 лет — синдром Аспергера; дядя со стороны отца — диспансерный учет в клиническом психоневрологическом диспансере (данных по заболеванию нет). Профессионально занимается самбо, является чемпионом России. Профессионально занимается шахматами, имеет спортивный разряд. Обучается в средней школе, учится на отлично.

Заболел в конце января 2022 года (возраст 8 лет), когда появились жалобы на резкое ухудшение зрения вдаль, черные пятна перед глазами

с красной полосой, периодическая светобоязнь и слезотечение.

После осмотра офтальмологом выставлен диагноз: прогрессирующая миопия высокой степени. Консультирован неврологом: психовегетативный синдром. Рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции: умеренные диспластические изменения. Триплексное сканирование внечерепных отделов брахиоцефальных артерий без патологии. На МРТ выявлена асимметрия боковых желудочков.

В апреле 2022 года после дообследования в двух федеральных офтальмологических учреждениях диагностирована палочко-колбочковая абiotрофия сетчатки, ретробульбарный неврит, врожденная миопия средней степени

В июне 2022 года установлена инвалидность с диагнозом: Врожденная миопия высокой степени. Миопический астигматизм. Частичная атрофия зрительного нерва.

Результаты. В мае 2022 г мама стала отмечать, что мальчик перестал реагировать на обращенную к нему речь. При осмотре отоларингологом патологии не выявлено. После консультации сурдологом и проведении аудиограммы заподозрен синдром Ушера.

При проведении генетической консультации отмечаются стигмы эмбриогенеза: высокий лоб; эпикант; антимонголоидный разрез глаз; диспластические ушные раковины; широкий кончик носа; короткий фильтр; полные губы. При проведении молекулярно-генетического исследования (панель «наследственные заболевания глаз»): патогенных и вероятно-патогенных нуклеотидных вариантов не обнаружено.

В конце декабря 2022 года впервые отмечены тонические судороги во время сна, с вынужденным положением тела, аутоагрессией (со слов мамы: ребенок сначала начал выдавливать себе глаза, тянуть за язык, а потом застыл в нефизиологической позе). Продолжается снижение остроты зрения и слуха. Отмечаются приступы, которые сам ребенок описывает как выключение света в глазах и звука

в ушах. Ребенок был вынужден овладеть шрифтом Брайля.

На настоящий момент молекулярно-генетическое исследование (NGS полноэкзомное секвенирование) для выявления генов, связанных с синдромом Ушера находится в работе.

Заключение. Таким образом, симптоматика, наблюдаемая у нашего пациента, укладывается в атипичное течение (4 тип) синдрома Ушера, который не был заподозрен в раннем детском возрасте несмотря на патологический семейный анамнез и наличие прогрессирующей миопии. При этом, про-

ведение молекулярно-генетического обследования на врожденные патологии глаз, без учета имеющейся нейросенсорной тугоухости, ожидаемо не выявили причины комплексной патологии. Данное наблюдение подчеркивает важность тщательного сбора анамнеза и длительного регулярного наблюдения за пациентом. При обнаружении полиморфной картины поражения нескольких систем перед врачом должен всегда вставать вопрос о проведении генетической консультации и молекулярно-генетического обследования в объеме полноэкзомного/полногеномного NGS-секвенирования.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ СТУДЕНТАМ С НИЗКИМИ КОММУНИКАТИВНЫМИ И ОРГАНИЗАТОРСКИМИ СПОСОБНОСТЯМИ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА «БЫТЬ СЧАСТЛИВЫМ — ЭТО ПРОСТО!»

Кадуцкая Мария Александровна, Дядин Еремей Сергеевич,
Зайцева Александра Алексеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Прощенко Ирина Валерьевна

Тверской государственный медицинский университет. Кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии.
170100, г. Тверь, улица Советская, дом 4. E-mail: masha010799@mail.ru

Ключевые слова: психологическая помощь; организаторские способности; коммуникативные способности; тревожные расстройства; депрессивные расстройства.

Введение. Проблема снижения коммуникативных способностей и развития тревожных расстройств становится все более активно изучаемой, в связи с развитием информационных технологий, дистанционного обучения и прочего. В современном мире фактически все аспекты нашей жизни могут быть переведены в формат online, что приводит к снижению коммуникации людей в социуме и неразрывно с этим влечет за собой развитие вышеописанных проблем. Наиболее остро эта тема встала после пандемии COVID-19. Мы до сих пор сталкиваемся с большим количеством последствий социальной изоляции, вызванной пандемией, которая привела к снижению коммуникативных и организаторских способностей, развитию тревожных и депрессивных расстройств. В медицинских вузах эта проблема стоит наиболее остро. Поскольку сейчас среди будущих врачей выявлены низкие организаторские и коммуникативные способности, мы решили создать проект по психосоциальному развитию студентов нашего вуза, который способствует повышению соответствующих навыков. Мы считаем, что повышение данных навыков среди будущих врачей приведет к улучшению здравоохранения РФ.

Цель исследования. Целью нашего исследования стало оказание психологической помощи студентам и ординаторам ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ» с низкими коммуникативными и организаторскими способностями, а также профилактика депрессивных и тревожных расстройств.

Материалы и методы. Психопрофилактический тренинг «Быть счастливым — это просто! (5 шагов к счастливой жизни)» был создан для профилактики тревожных и депрессивных расстройств среди студентов различных курсов ФГБОУ ВО «Тверской ГМУ», а также для повышения коммуникативных и организаторских способностей. Он включает в себя 5 занятий, на которых прорабатываются вышеописанные проблемы с помощью различных методик и упражнений.

Тренинг проводится в виде групповой терапии по 8–10 человек с использованием методик когнитивно-поведенческой и телесно-ориентированной терапии, а также хатха-йоги и пранаяма-йоги. Каждое занятие предполагает выполнение домашнего задания в течение всего времени до следующего занятия. Кроме того, по окончании тренинга раз в месяц проводятся открытые группы поддержки, куда могут прийти участники прошедших тренингов, чтобы поделиться своими успехами или получить помощь в кризисные моменты своей жизни. Перед началом тренинга и после его завершения каждому участнику было предложено пройти тестирование с использованием следующих методик: экспресс-диагностика невроза Хека-Хеса (BFB), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), тест-опросник «Коммуникативные и организаторские склонности» (КОС-1) В.В. Синявского, В.А. Федорошина, Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA-тест).

Результаты. На данном этапе психопрофилактический тренинг прошли 14 студентов и ординаторов разных курсов и факультетов ФГБОУ ВО «Тверского ГМУ».

Предварительные результаты были неутешительными: клиническая депрессия была выявлена у 5 (35,7%) человек, субклиническая — у 1 (7%) человека, тогда как норма только у 8 (57%) участников тренинга, также у всех участников (100%) был выявлен высокий уровень невротизации. Результаты опросника КОС-1 коррелировали с HADS — чем ниже был уровень коммуникативных способностей, тем сильнее проявлялись симптомы депрессии.

После прохождения тренинга были получены следующие результаты: уровень невротизации у 10 участников (71,4%) снизился до нормальных значений, депрессивная симптоматика наблюдалась только у 2 студентов (14,2%). Мы также отметили

увеличение коммуникативных и организаторских способностей у всех участников тренинга. Однако среди участников тренинга вырос уровень тревоги (64,2%), что было вполне ожидаемо, так как тренинг привёл к значимым переменам в жизни, которые неизбежно сопровождаются повышенной тревогой.

Выводы. Таким образом, данные результаты свидетельствуют о том, что психосоциальный тренинг «Быть счастливым — это просто! (5 шагов к счастливой жизни)» является эффективным инструментом для профилактики тревожных и депрессивных расстройств, а также для повышения коммуникативных и организаторских способностей у студентов медицинского вуза. Это подтверждает необходимость проведения таких мероприятий для профилактики и улучшения здоровья населения в целом.

Проведенный психопрофилактический тренинг привел к положительным результатам. Снижение уровня невротизации и депрессивной симптоматики, а также улучшение настроения и коммуникатив-

ных навыков участников тренинга свидетельствуют о том, что программа была полезной для их психического здоровья и социальной адаптации.

Более того, результаты этого и подобных тренингов подчеркивают важность психопрофилактики и обучения психологическим навыкам для снижения риска развития психических расстройств и повышения качества жизни людей. Психопрофилактика не только помогает укрепить психическое здоровье, но и способствует лучшей адаптации к жизненным ситуациям и улучшению отношений с другими людьми.

В целом проведенный тренинг показал, что регулярная практика психологических упражнений и развитие навыков саморегуляции могут помочь улучшить психическое здоровье и качество жизни, поэтому важно не только обращать внимание на свое физическое здоровье, но и заботиться о психическом благополучии, обучаясь навыкам, которые помогут справиться со стрессом и повседневными вызовами.

РЕБЕНОК С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА НА ПРИЕМЕ У УЧАСТКОВОГО ПЕДИАТРА. КРАСНЫЕ ФЛАГИ

Коробкина Екатерина Анатольевна

Научный руководитель: ассистент Салова Александра Леонидовна

Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии ИНПО.

150001, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. E-mail: domalexandra@mail.ru

Ключевые слова: расстройство аутистического спектра; дети; аутизм; педиатр; диагностика.

Введение. Очень важно заподозрить у ребенка расстройство аутистического спектра (РАС) как можно раньше для своевременного оказания помощи. От возраста постановки диагноза зависит и успех коррекционных занятий для социализации ребенка. Участковый педиатр — человек, который видит ребенка на протяжении 18 лет, поэтому ему важно знать и выявлять те признаки, которые помогут заподозрить вовремя диагноз и направить к психиатру.

Цель исследования. Выявить симптомы, характерные для детей с расстройством аутистического спектра, а также сопутствующие заболевания, для повышения настороженности участковых педиатров.

Материалы и методы. Было проанкетировано 22 родителя, имеющих детей с РАС. Перед участием в анкетировании от каждого родителя было получено добровольное информированное согласие. Анкета состояла из 27 вопросов, при помощи которых уточнялось физическое развитие детей, диагноз, симптомы РАС и возраст возникновения, наличие сопутствующих заболеваний и вакцинальный статус. Обработка данных осуществлялась при помощи программы Microsoft Excel.

Результаты. Законными представителями детей с РАС в 95,7% случаев были родители. 4,3% детей воспитывали бабушки. На момент анкетирования дети с РАС находились в возрастном диапазоне от 4 до 16 лет. Средний возраст детей составил 8 ± 2 лет. В 47,7% случаев диагноз был выставлен в 4 года. У 23,9% расстройство было выявлено в возрасте от 4 до 7 лет. Лишь у 28,9% детей РАС было заподозрено в возрасте от 2 до 3 лет. Наибольшую настороженность относительно симптомов РАС имели врачи — неврологи (28,6%). В 23,8% случаев симптоматику выявили сами родители детей. У 19% — диагноз был выставлен благодаря воспитателям детского сада, у 14,3% — психиатрами, у 9,5% — логопедом, дефектологом, психологом, у 4,5% — психологом в детском саду. Практически все родители детей с РАС указали одинаковые симптомы, на которые они обратили внимание в раннем возрасте: отсутствие зрительного контакта, отсутствие указательного жеста, отсутствие речи, стереотипии, отчужденность, отсутствие отклика на свое имя. Явная симптоматика, говорящая о РАС, появилась у 95,2% детей в возрасте до

3 лет (в большинстве случаев, возраст манифестации приходился на 1–1,5 года). Среди сопутствующих заболеваний у 24,0% отмечается аллергопатология в виде аллергического ринита и атопического дерматита, у 19,2% — миопия и астигматизм, у 14,4% — сколиоз и плоскостопие, у 9,6% — врожденный порок сердца, у 1 ребенка — первичный иммунодефицит. У 9,5% детей с РАС родители отметили наличие опухолей (хондробластома, меланома). 52,4% родителей указали у своих детей аллергические реакции на продукты питания, животных, пыльцу растений и препараты. У 42,9% детей с РАС присутствуют запоры, начиная с 1–3 лет. 42,9% имеют ограниченный рацион питания. У половины из них ограничения стали появляться при введении прикорма. Дети предпочитают продукты одного цвета, либо одной консистенции, иногда набор продуктов сужается до 2–3. У 19,1% отмечается ограниченный питьевой режим менее 500 мл жидкости в сутки. 25,0% детей с РАС имели низкие росто-весовые показатели в раннем возрасте, однако к школьному — лишь 9,2% из них сохраняли такую тенденцию. Высокие антропометрические показатели в раннем и школьном возрасте сохранялись у детей на одном уровне в 38,1% случаев. Половина детей болеют ОРВИ до 8 раз в год, 38,1% имеют хорошую резистентность. У 9,5% отмечаются частые рекуррентные респираторные инфекции более 8 раз в год. 90,5% детей вакцинированы по национальному календарю РФ, из них 9,5% — сверх календаря. 85,7% родителей посещают с детьми педиатра в поликлинике, 14,3% предпочитают наблюдаться в частных центрах.

Выводы. Таким образом, исходя из полученных данных, первыми признаками РАС, на которые участковый педиатр должен обратить внимание и отправить ребенка для дальнейшего обследования и уточнения диагноза, являются отсутствие зрительного контакта, отсутствие указательного жеста, отсутствие речи, стереотипии, отчужденность, отсутствие отклика на свое имя. Наличие аллергопатологии, запоров, ограниченного рациона питания с ограниченным питьевым режимом, в совокупности с задержкой НПР, при манифестации до 1–2 лет — повод показать ребенка психиатру для исключения РАС.

ДИНАМИКА СОСТОЯНИЯ ПОДРОСТКОВ С КАРДИОЛОГИЧЕСКИМИ ДИАГНОЗАМИ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ СОМАТИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПАРАЛЛЕЛЬНО ПРОВОДИМОЙ РАБОТЫ С ПСИХОЛОГОМ

Терентьева Диана Владимировна

Научный руководитель: к.п.н., доцент Артюхова Татьяна Юрьевна

Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого.

Кафедра клинической психологии и психотерапии с курсом постдипломного образования.

660022, Красноярский край, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, здание 1. E-mail: diana_vladimirovna_98@mail.ru

Ключевые слова: вегетососудистая дистония; психосоматические заболевания; врожденные пороки сердца; аритмия; эмоциональная лабильность; тревожность; хроническая усталость.

Введение. Проблема кардиологических заболеваний стоит остро не только среди взрослого населения, но и среди подростков — и в настоящее время ситуация еще более усугубилась вследствие все возрастающей нагрузки на детей, низкой физической активности и недостаточной пропаганды просвещения по вопросам собственного ментального и физического здоровья. Детскими кардиологами, наблюдающими хронических сердечно-сосудистых пациентов, неоднократно замечено, что у тех из них, которые воспитываются более мягкими и педагогичными родителями, состояние соматического здоровья ухудшается в меньшей степени, по сравнению с детьми из среды с иным психологическим климатом, или же наблюдается положительная динамика многократно чаще, нежели во втором случае. Был вызван научный интерес: может ли целенаправленное улучшение социально-психологического климата путем занятий психолога с ребенком, а в ряде случаев и его семьей, индуцировать улучшение динамики по основному кардиологическому заболеванию?

Цель исследования. Выяснить, может ли целенаправленное улучшение социально-психологического климата путем занятий психолога с ребенком, а в ряде случаев и его семьей, индуцировать улучшение динамики по основному кардиологическому заболеванию?

Материалы и методы. В ходе исследования применялись такие методы, как наблюдение, эксперимент, беседа, анкетирование, тесты, ведение дневника самонаблюдения с последующим рассказом о результатах, а также ЭКГ, нагрузочные кардиологические тесты, СМАД и холтеровское мониторирование.

Результаты. Выясняя, может ли целенаправленное улучшение социально-психологического климата путем занятий психолога с ребенком, а в ряде случаев и его семьей, индуцировать улучше-

ние динамики по основному кардиологическому заболеванию, мы пришли к таким результатам: динамика состояния по части сердечно-сосудистой системы у 80% детей напрямую коррелирует с их нервно-психологическим состоянием и климатом в их семье. Когда подросткам было предложено исследование, в течение которого они должны были регулярно заниматься с психологом, отслеживать свое состояние и, в частности, ощущения по части сердечно-сосудистой системы, согласились 100%, и с каждым началась индивидуальная работа. Совместная работа кардиолога и психолога была посвящена единой цели: улучшить качество жизни пациента путем уменьшения пагубного объективного и субъективного действия его соматического заболевания на его организм. Результаты исследования ярко отражают зависимость положительной динамики здоровья ребенка от желания его семьи непосредственно участвовать в процессе. Так, 100% родителей согласились на предложенное исследование, но лишь 60% из них согласились также работать с психологом самим для улучшения психологического климата в семье. В дальнейшем результаты объективных кардиологических исследований покажут, что именно у детей из этих 60% семей были достигнуты самые высокие показатели по динамике соматического заболевания. В остальных случаях динамика была так же положительной, но в процентном соотношении на 35% ниже.

Конкретизируя по заболеваниям: у детей с диагнозом вегетососудистая дистония в 90% случаев наблюдалось меньшее количество цифр высокого САД в течение суточного мониторирования СМАД после месяца от начала занятий с психологом, субъективно подростки отмечали значительное улучшение состояния, описывая его следующими словами: «стало легче дышать», «я могу больше пройти или пробежать и не задыхаться», «меня перестали беспокоить так часто приступы сердцебиения но-

чами», «раньше руки и ноги очень мерзли и были влажными, теперь это стало намного реже», «я не чувствую себя разбитым», «в голове стало намного реже шуметь и давить», «мушки перед глазами мелькают намного реже»

У детей с врожденными пороками сердца в 70% случаев были более стабильные показатели по сердечной деятельности и так же улучшение субъективных ощущений.

Дети со стенокардией показывали до 80% более благополучное состояние, чем до занятий с психологом.

В 100% случаев родители отмечали, что ребенок стал более живым, визуально кожные покровы стали розовее, пальцы менее холодными.

Заключение. Целенаправленное улучшение социально-психологического климата путем занятий психолога с ребенком, а в ряде случаев и его семьей, индуцирует улучшение динамики по основному кардиологическому заболеванию.

Метод психологической помощи в рамках лечения сердечно-сосудистой системы может стать одним из ведущих направлений для качественного улучшения жизни пациента и повышения его здоровья.

ПСИХОХАРАКТЕРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, СТРАДАЮЩИХ ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА И ОЖИРЕНИЕМ

Тарасова Татьяна Алексеевна, Веретенникова Елизавета Ивановна,
Оппедизано Михаил Джузеппе Луиджиевич

Научные руководители: д.м.н., профессор Успенский Юрий Павлович, д.м.н., профессор Гречаный Северин Вячеславович,
д.м.н. Захаров Дмитрий Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра факультетской терапии
им. проф. В.А. Вальдмана. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: tanyatarasova1998@gmail.com

Ключевые слова: метаболический синдром; ожирение; избыточна масса тела; акцентуации; психологический статус; инсулинорезистентность.

Введение. Многие исследователи, изучающие избыточную массу тела и ожирение, акцентируют внимание на актуальности данной проблемы уже многие годы. В связи с повышенным интересом к этим состояниям, специалисты рассматривают их этиологию и патогенез, как и метаболического синдрома (МС), как с соматической, так и с психологической точки зрения, опираясь на данные отечественных и зарубежных источников, включающих информацию об онтогенезе индивида, особенностях социальных, в частности, внутрисемейных отношений. Кроме того, во многих работах, посвященных психологическому статусу у детей с данными состояниями, делается акцент на психохарактерологических особенностях личности как предикторе компульсивного перекармливания и проблем с лишним весом.

Цель исследования. На основании анализа литературных данных, оценить значение психохарактерологических черт в развитии избыточной массы тела, ожирения и МС у детей и подростков и особенности течения патологического состояния.

Материалы и методы. Представлен обзор исследований, посвященных избыточной массе тела и ожирению с использованием поисковой системы научных публикаций в базе данных РИНЦ, с проведением анализа литературных данных.

Результаты. Успех терапии ожирения, как прогностический и серьезного хронического рецидивирующего заболевания, во многом зависит от учета и диагностики психологической особенности личности пациента, что позволит оптимизировать лечение и повлиять на долговременность терапевтического эффекта. Ряд исследователей подчеркивает значимость психоэмоциональных нарушений в формировании патологического пищевого стереотипа и, следовательно, в генезе ожирения и его прогрессировании. Так, В.В. Бекезин и соавт. в своем исследовании рассматривали группы детей

с ожирением с инсулинорезистентностью (ИР) (2-я группа), без ИР (1-я группа) и нормальной массой (контрольная группа), оценивали их психостатус по шкале депрессии, шкале «Т и Д», тесту Спилбергера-Ханина, Кеттелла (сокращенный вариант), Айзенка и Леонгардо-Шмишека, адаптированных к детскому возрасту. По полученным данным, у детей с ожирением, по сравнению с детьми с нормальной массой тела, регистрируются более высокие показатели депрессии, причем у имеющих ИР более часто — средняя (60–69 баллов) и выраженная (70 и более). По шкале Спилбергера-Ханина были зарегистрированы более высокие ($p < 0,05$) показатели реактивной (РТ) и личностной (ЛТ) тревожности у детей с ожирением (1-я и 2-я группы) по сравнению с детьми контрольной группы. При этом у детей 2-й группы по сравнению с детьми 1-й группы более часто регистрировались умеренная и выраженная РТ и выраженная ЛТ. Средние показатели ЛТ превышали аналогичные показатели РТ у детей 1-й и 2-й групп в 1,67 и 1,37 раза соответственно. Как известно, РТ характеризует уровень тревоги в данный момент, в то время как ЛТ является более устойчивой психологической характеристикой. При этом очень высокая РТ вызывает нарушение внимания, характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая ЛТ прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными невротическими срывами, которые зачастую являются причинами употребления пищи в качестве успокоения. По результатам теста Айзенка, наиболее часто среди детей с МС встречаются потенциальные интроверты, интроверты и сверхинтроверты — 68,7%; потенциальные дискорданты, дискорданты и сверхдискорданты — 50,6%. Они характеризуются закрытостью, повышенной тревожностью, сниженной самооценкой и повышенными требованиями к окружающим, пессимистичностью, низкой мотивацией и др. (тест Кеттелла). По резуль-

татам опросника Леонгардо–Шмишека выявлены наиболее высокие баллы по дистимному, неуровновешенному, тревожному и возбудимому видам акцентуации [1]. Н.Н. Миняйлова и соавт., в свою очередь, отмечает в своей работе статистически значимое преобладание противоположных акцентуаций, таких как аффективно-экзальтированная и гипертимная, характеризующихся положительным эмоциональным тонусом, отсутствием беспокойства насчет избыточной массы тела и попыток ее коррекции [2]. Также следует отметить, что по данным О.Н. Казаниной и соавт., наиболее распространенным типом пищевого поведения среди детей с нарушением жирового обмена является экстернальный тип, встречавшийся в 52,4% случаев (в группе сравнения – у 0,0% детей, $p < 0,0001$). Вторым по распространенности является эмоциогенное пищевое поведение (34,0 и 0,0% соответственно, $p < 0,0001$), затем следуют ограничительное (19,4 и 0,0% соответственно, $p = 0,0069$) и компульсивное (11,7 и 0,0% соответственно, $p = 0,0069$) [3].

Заключение. Несмотря на отсутствие общей точки зрения относительно взаимосвязи определенных психохарактерологических особенностей и степени ожирения, тем не менее прослеживается четкая корреляция наличия избыточной массы тела

у детей с выраженными акцентуациями личности вне зависимости от их полярности (эмоционально «положительно» или «отрицательно» заряженных). В приведенных источниках подчеркивается психосоматическая природа избыточной массы тела и ожирения, в том числе в структуре МС, что говорит в пользу подключения психокоррекционной терапии данных состояний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бекезин В.В., Козлова Л.В., Пересецкая О.В., Олейникова В.М. Особенности психологического статуса детей и подростков с ожирением // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2008. № 5. С. 30–36.
2. Миняйлова Н.Н., Ровда Ю.И., Шишкова Ю.Н., Маталасова М.С. Психохарактерологические особенности детей и подростков с избыточным жиротложением // Мать и дитя в Кузбассе. 2019. № 1(76). С. 37–41.
3. Казанина О.Н., Карцева Т.В., Митрофанов И.М., Тимофеева Е.П., Рудин А.Н., Рябиченко Т.И., Сецова С.Ю. Клинические, психологические и метаболические особенности детей с ожирением // Сибирский научный медицинский журнал. 2015. № 4. С. 35–40.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

ПАТОЛОГИЯ СЕРДЦА У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ НУНАН

Власова Орнелла Арменовна

Научный руководитель: д.м.н. Новик Геннадий Айзикович, д.м.н. Кручина Татьяна Кимовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра детских болезней им. проф. И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: vlasovaornella@gmail.com

Ключевые слова: синдром Нунан; врожденный порок сердца; кардиомиопатия; нарушения ритма сердца.

Введение. Синдром Нунан — мультисистемное аутосомно-доминантное заболевание. Частота в популяции составляет от 1:1000 до 1:2500 новорожденных. Клиническими проявлениями синдрома Нунан являются: задержка роста, характерная пигментация, черепно-лицевые и скелетные аномалии, задержка интеллектуального развития разной степени выраженности, а также широкий спектр нарушений со стороны сердечно-сосудистой системы. Синдром Нунан считается второй по распространенности синдромальной причиной врожденных заболеваний сердца, уступая только синдрому Дауна. Наиболее характерна следующая патология: стеноз клапана легочной артерии (до 90% случаев), гипертрофическая кардиомиопатия (20% случаев), а также дефект межпредсердной перегородки. Кроме этого, у больных с синдромом Нунан описаны дефекты межжелудочковой перегородки и митрального клапана, аортальный стеноз, коарктация аорты и другие врожденные пороки сердца (ВПС) и магистральных сосудов.

Цель исследования. Изучить сердечно-сосудистую патологию у детей с синдромом Нунан.

Материалы и методы. Анализ данных литературы, посвященной клинической картине, диагностике и лечению детей с синдромом Нунан. Описание двух клинических случаев выраженной сердечной патологии у детей с синдромом Нунан.

Результаты. Мальчик Н., 9 лет, с диагнозом: кардиомиопатия, рестриктивный фенотип в структуре синдрома Нунан, 5 тип (мутация в гене RAF1). У ребенка имелась аномалия развития митрального клапана (МК): миксоматозная дегенерация передней створки и гипоплазия, сращение с миокардом задней створки, недостаточность МК III степени. Структурная патология сердца привела к выраженной дилатации левого предсердия, возникновению нарушений ритма сердца и легочной гипертензии. На фоне комбинированной антиаритмической терапии (ААТ) (амиодарон+атенолол) продолжали возникать частые приступы трепетания (ТП) и фибрилляции предсердий (ФП), требующие госпитализации пациента и проведения электрической кардиоверсии.

Несмотря на проведение комплексной терапии сердечной недостаточности (СН) отмечалась отрицательная динамика эхокардиографической картины, преимущественно за счет нарастания размеров левого предсердия (70×62 мм, 45 см²), ухудшение клинического течения СН (III ст.). На этом фоне увеличилась частота госпитализаций из-за приступов ТП и ФП. Резервов для усиления медикаментозной терапии не было. Имелся неблагоприятный прогноз для здоровья и жизни ребенка. Было принято решение о проведении кардиохирургического лечения, включающего протезирование митрального клапана и устранение аритмии. В возрасте 8 лет мальчику выполнено: радиочастотная абляция и криоабляция устьев левых и правых легочных вен, редукция полости левого предсердия, изоляция ушка левого предсердия, протезирование митрального клапана механическим протезом ATS Open Pivot AP № 22. Данный вид лечения продемонстрировал положительный эффект в виде улучшения клинической картины, позволил уменьшить терапию СН и ААТ.

Мальчик К., 11 лет, с синдромом Нунан (мутация в гене RAF1), имеет сложную сердечную патологию: кардиомиопатию, гипертрофический фенотип, с обструкцией выходного отдела левого желудочка; ВПС: стеноз легочной артерии, дефект межпредсердной перегородки вторичного типа, состояние после баллонной ангиопластики в возрасте 3 месяцев, состояние после устранения стеноза легочной артерии в возрасте 1 год. По данным ЭхоКГ отмечалась отрицательная динамика в отношении концентрической гипертрофии миокарда: сужение выходного отдела левого желудочка до 5–7 мм на протяжении 25–28 мм; обструкция выходного тракта и средней трети левого желудочка с максимальным градиентом 118 мм рт ст., средним 50 мм рт ст. Было принято решение о хирургическом иссечении мышечного массива межжелудочковой перегородки в возрасте 9 лет. После операции выявлена транзиторная полная АВ-блокада, затем наблюдалось восстановление АВ-проведения с сохранением АВ-блокады 1 ст.

и ПБЛНПГ. В дальнейшем появились гемодинамически значимые приступы суправентрикулярной и желудочковой тахикардии, что требовало назначения ААТ. С учетом имеющихся нарушений АВ-проведения был имплантирован 2-камерный ПЭКС. После этого подобрана эффективная ААТ (амиодарон+анаприлин). Кроме этого, ребенку выполнена радиочастотная абляция зоны предсердной тахикардии.

Выводы. Для синдрома Нунан характерна сердечная патология, которая может иметь комбинированный характер, включая как ВПС, так и различные фенотипы кардиомиопатий. Выраженные структурные изменения сердца могут приводить к опасным нарушениям ритма сердца, для лечения которых необходим гибридный подход: медикаментозная терапия, кардиохирургическая коррекция и интервенционные методы лечения аритмий.

ОЦЕНКА ВОЗМОЖНЫХ РИСКОВ У ПОДРОСТКОВ БЕЗ СТРУКТУРНОЙ ПАТОЛОГИИ СЕРДЦА

Абзалова Анастасия Маратовна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Иванов Владимир Сергеевич

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра госпитальной терапии с курсом эндокринологии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: abzalovaam@eliz-spb.ru

Ключевые слова: ожирение; подростки; сердечно-сосудистые факторы риска; маркеры.

Введение. Глобальная распространенность ожирения и артериальной гипертензии в подростковом возрасте имеет тенденцию к увеличению во всем мире.

Цель исследования. Оценить возможные риски сердечно-сосудистых заболеваний у подростков без структурной патологии сердца.

Материалы и методы. Выполнен анализ статей, обзоров, исследований в научно-медицинской литературе по обозначенной проблеме. Сбор материалов проводился в интернет-ресурсах Google Scholar, PubMed, ScienceDirect.

Результаты. В исследовании «Метаболически здоровое ожирение и повышенная толщина интимы-медии сонных артерий у детей и подростков: междоународного консорциума по оценке сосудистой структуры детей» включило 3497 подростков. Обнаружено, что у подростков с ожирением увеличен слой интимы-медии сонных артерий, по сравнению с нормальным весом. Также выявлено увеличение слоя интимы-медии у подростков с нормальным весом и метаболически нездоровым статусом по критериям NCEP, то есть присутствовало хотя бы 3 критерия — увеличение соотношения окружности талии к окружности бедер, дислипидемия, артериальная гипертензия, нарушение углеводного обмена.

По данным исследования «Лептин, адипонектин и их соотношение как маркеры инсулинорезистентности и кардиометаболического риска при ожирении» включало 2258 подростков. У подростков с ожирением и избыточной массой тела увеличение соотношения лептина к адипонектину достоверно связано с резистентностью к инсулину.

Систематический обзор испанских исследователей «Циркулирующие микроРНК как биомаркеры ожирения и связанных с ожирением сопутствующих заболеваний у детей и подростков: систематический обзор», опубликованный в журнале «Нутриенты» в 2019 году, обращает внимание на микро-РНК у подростков с ожирением. Обнаружены четыре вида циркулирующих микроРНК (miR-222, miR-142-3, 140-5p и miR-143), уровень которых повышен у подростков с ожирением. А miR-122 и miR-34a, повышены у подростков с неалкогольной жировой

болезнью печени и/или резистентностью к инсулину. Их можно рассматривать как потенциальные биомаркеры развития резистентности к инсулину и сахарного диабета.

В 2019 году в журнале «Питание, обмен веществ и сердечно-сосудистые заболевания» была опубликована исследовательская статья «Различный уровень спексина у детей с ожирением по сравнению с детьми с нормальным весом и его связь с факторами риска, связанными с ожирением». Было отобрано 90 подростков в возрасте до 18 лет. Обнаружено, что у подростков с ожирением уровень спексина ниже, по сравнению с нормальным весом. Также достоверно выявлено, что у подростков с низким уровнем спексина повышен уровень провоспалительного IL-1 β , снижен уровень противовоспалительного IL-10 и выше частота резистентности к инсулину.

В Европейском архиве оториноларингологии 2019 года опубликовано исследование, о распространенности обструктивного апноэ сна у подростков с ожирением. У подростков с ожирением индекс апноэ-гипопноэ выше, по сравнению с подростками с нормальным весом.

В журнале американской кардиологической ассоциации в 2022 году было опубликовано исследование «Связь эндотелиальных микрочастиц с риском ожирения и сердечно-сосудистых заболеваний у детей и подростков». У подростков с избыточной массой тела и ожирением уровень микрочастиц оказался выше по сравнению с подростками с нормальным весом. Отмечено, что более высокие уровни микрочастиц связаны с высокими уровнями артериального давления, соотношения триглицеридов к липопротеидам высокой плотности, повышением липопротеидов низкой плотности, уровня холестерина. Повышение уровня микрочастиц также связано с повышением жесткости артерий, изменением растяжимости, упругости, структуры сосудистой стенки, увеличением толщины интимы-медии сонных артерий.

В журнале «Гипертензия» Университета восточной Финляндии, Куопио, в 2022 году опубликована статья «Влияние жесткости артерий и толщины

комплекса интима-медиа сонных артерий на риск избыточной массы тела, ожирения и повышенного артериального давления», в которой исследовалось 3862 участника в возрасте 17,7, а затем повторно в возрасте 24,5 лет. Обнаружено, что увеличение толщины слоя интима-медии в подростковом возрасте ассоциировалось с повышением массы тела и ожирением, повышением артериального давления в старшем возрасте.

Заключение. В результате анализа статей, обзоров и исследований выявлены маркеры развития сердечно-сосудистых заболеваний. Однако существует определенная степень недостоверности разных маркеров в группе риска, что указывает на то, что одного измерения недостаточно для стратификации риска и требуются дальнейшие исследования, с включением большого количества испытуемых.

ИНФОРМАТИВНОСТЬ ЭХОКГ-КРИТЕРИЕВ В ВЕРИФИКАЦИИ ДИАСТОЛИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИИ МИОКАРДА В РЕАЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Блудов Данил Николаевич, Паршков Евгений Евгеньевич

Научный руководитель: к.м.н., доцент Зотов Дмитрий Дмитриевич

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Кафедра факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана.

194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: danilbludovst@gmail.com

Ключевые слова: ХСН; диастолическая дисфункция; ЭхоКГ; тканевая доплерография.

Введение. Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) является широко распространенной проблемой, в особенности среди пациентов старшей возрастной группы: ее частота в популяции составляет 1–2% и достигает 10% среди лиц старше 70 лет. Известно, что преобладающим фенотипом ХСН у пожилых пациентов, страдающих хронической ИБС, артериальной гипертензией, сахарным диабетом 2 типа, является СН с сохраненной систолической функцией (фракцией выброса, ФВ>50%), то есть, так называемая «диастолическая СН». Рутинным методом ее верификации является на сегодня трансторакальная ЭхоКГ. При этом наряду с прямыми ЭхоКГ критериями диастолической дисфункции, основанными на доплерографической оценке динамики трансмитрального кровотока (в частности, соотношения скоростей раннего и позднего диастолического наполнения — E/A), а также отношения скорости раннего диастолического наполнения к усредненной скорости движения фиброзного кольца митрального клапана в режиме тканевой доплерографии (E/e'), используются косвенные признаки, учитывающие типичные изменения анатомических параметров: индекса массы миокарда (ИММ) и индекса объема левого предсердия (ИюЛП).

Цель исследования. Оценить информативность перечисленных ЭхоКГ критериев оценки диастолической дисфункции миокарда в реальной клинической практике.

Материалы и методы. Проанализированы данные протоколов ЭхоКГ исследований, выполненных пациентам с гипертонической болезнью, осложненной ХСН 2–3 ФК, проходивших лечение в кардиологическом и терапевтическом отделениях СПб ГБУ (на ул. Старорусской).

Среди 62 обследованных пациентов, средний возраст которых составил $77,8 \pm 9,4$ лет, был 21 мужчина и 41 женщина. 14 пациентов были отнесены ко 2 ФК ХСН и 48 пациентов — к 3 ФК.

Результаты. Нарушенная систолическая функция миокарда (ФВ<50%) была отмечена лишь у

4 пациентов с ХСН 3 ФК, переносивших в прошлом инфаркт миокарда, у 58 пациентов сократительная функция миокарда была сохранена.

У всех 62 обследованных было отмечено изменение соотношения скоростей трансмитрального кровотока в раннюю и позднюю диастолу ($E/A < 1,0$), то есть имела место диастолическая дисфункция по типу замедления релаксации миокарда.

Оценка диастолической функции по данным тканевой доплерографии была проведена у 35 из 62 обследованных. Снижение скоростных показателей движения базальных отделов миокарда левого желудочка (e' лат < 7 см/с, e' септ < 10 см/с) отмечено лишь в 30–50% случаев.

Считающийся наиболее информативным интегральный доплерографический критерий диастолической дисфункции, митральное среднее ($E/e' > 14$) не был выявлен ни у одного из обследованных, его средние значения составили $6,2 \pm 1,7$ у пациентов со 2 ФК и $6,5 \pm 2,1$ — с 3 ФК ХСН.

Косвенные признаки нарушения диастолической функции миокарда (анатомические критерии) были выявлены у большинства обследованных: ИЮЛП > 34 мл/м² — у 48 пациентов из 62 (77%), увеличение ИММ ЛЖ (> 115 г/м² у мужчин и > 95 г/м² у женщин) — у 43 пациентов (69%).

ВЫВОДЫ

1. Рутинный ЭхоКГ критерий диастолической дисфункции (E/A) в условиях реальной клинической практики в наибольшей мере совпадал с клиническими проявлениями диастолической СН.
2. Критерии нарушения диастолической функции миокарда, основанные на показателях тканевой доплерографии, оказались в рамках данного анализа малоинформативными и слабо коррелировали с клиническими проявлениями. Это может объясняться недостаточной освоенностью этой методики практическими врачами и, как следствие, некорректностью проводимых измерений и оценок, что затрудняет рутинное

использование указанных критериев в реальной клинической практике.

3. Косвенные (анатомические) критерии диастолической дисфункции миокарда достаточно информативны и, как правило, совпадают с клиническими данными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зотов Д.Д. Хроническая сердечная недостаточность // Методическое пособие. Санкт-Петербург, 2020. Сер. Библиотека педиатрического университета.
2. Зотов Д.Д., Галенко А.С., Соусова Я.В. Клинические особенности и подходы к медикаментозной терапии ХСН у пациентов старшего возраста // University Therapeutic Journal. 2021. Т. 3. № 3. С. 140–151.
3. Рахчеев В.А., Мирзоев Н.Т., Пчельникова А.В., Шуленин К.С., Кутелев Г.Г. Современные подходы в диагностике диастолической дисфункции левого желудочка сердца // Вестник терапевта. 2022. № 4 (55).
4. Бобров А.Л., Черномордова А.В. Справочник по эхокардиографии // учебное пособие. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМ ПАРОДОНТИТОМ НА ФОНЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ

Моторнова Елизавета Владимировна, Стрельникова Ирина Геннадьевна,
Шупик Маргарита Викторовна, Решетникова Наталья Васильевна,
Авраменко Диана Валерьевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Пиекалнитс Ина Янисовна

Тверской государственный медицинский университет, кафедра стоматологии. 170100, г. Тверь, ул. Ивана Седых, д. 1.
E-mail: lizamotornova98@mail.ru

Ключевые слова: гиперплазия десны; хронический генерализованный пародонтит.

Введение. Гиперплазия десны, вызванная воздействием лекарственных препаратов, представляет собой патологический рост ткани десны, который чаще всего связан с приемом блокаторов кальциевых каналов и иммунодепрессантов. Данная патология в основном наблюдается у пациентов, имеющих в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания, трансплантацию тканей или органов, тяжелые аутоиммунные заболевания. Гистологическим признаком гипертрофии десны на фоне приема медикаментов является накопленный коллаген с воспалительными инфильтратами. В патогенезе важную роль играют и другие факторы, которые могут увеличить риск возникновения гипертрофии десны, например, мужской пол, более молодой возраст, ранее существовавшее воспаление пародонта и одновременное применение других препаратов, вызывающих гипертрофию десен.

Цель исследования. Разработать алгоритм диагностики и лечения гиперплазии десны у пациентов с обострением хронического генерализованного пародонтита на фоне гипертонической болезни, связанной с приемом блокаторов кальциевых каналов.

Материалы и методы. На базе стоматологической поликлиники ФГБОУ ВО "Тверской ГМУ" были обследованы 8 пациентов с обострением хронического генерализованного пародонтита на фоне приема блокаторов кальциевых каналов. У всех пациентов дополнительно наблюдалась гиперплазия десны на фоне обострения хронического генерализованного пародонтита. Все пациенты с гипертонической болезнью II–III ст. принимали блокаторы кальциевых каналов. Однако кардиологи, будучи ознакомлены с появившимися у пациентов лекарственными осложнениями в полости рта, препарат не отменили по медицинским показаниям. Проведено микроскопическое исследование содержимого пародонтальных карманов и спинки языка, профессиональная гигиена полости рта, а также обучение особенностям индивидуальной гигиены

при гиперплазии десны, консервативное лечение обострения хронического генерализованного пародонтита, проведены консультации смежных специалистов — кардиолога, гастроэнтеролога, стоматолога-ортопеда.

Результаты. После проведенного курса систематического лечения совместно со смежными специалистами, получена клиническая стабилизация генерализованного пародонтита. В микроскопическом исследовании содержимого пародонтальных карманов и спинки языка отмечено уменьшение содержания фузобактерий, спирохет и грибов. Наш опыт консервативного лечения пациентов показал, что поэтапная терапия дисбиотических нарушений в пародонте и на поверхности языка дает стойкий положительный клинический эффект.

Заключение. У половины больных сохраняющаяся гиперплазия десны перешла из отечной формы в фиброзную, с уменьшением размеров сосочков от тяжелой степени до средне-легкой. Таким образом, были созданы условия для менее травматичного иссечения гипертрофированных десневых сосочков на фоне санации хронического генерализованного пародонтита, когда достигнута стадия стабилизации. То есть хирургическое лечение осуществляется на фоне санации полости рта. У второй половины пациентов произошло разрешение гипертрофии сосочков на фоне консервативного лечения гипертонической болезни без отмены препарата кардиологом.

Следовательно, побочный эффект гипотензивных препаратов в виде гипертрофии десны проявляется у пациентов на фоне не леченного обострения хронического генерализованного пародонтита. Достижение стабилизации воспалительного процесса в пародонте с переходом в хроническое течение и последующее регулярное наблюдение данных пациентов 4 раза в год позволяют купировать или значительно облегчать течение таких осложнений, как гиперплазия десны при приеме блокаторов кальциевых каналов.

Поскольку блокаторы кальциевых каналов являются часто назначаемым лекарством при гипертонической болезни, каждый врач должен знать об этом, обычно упускаемом из виду, но потенциально вредном побочном эффекте, особенно если во время прие-

ма препарата возникают неблагоприятные симптомы со стороны полости рта. Для достижения этой цели необходим междисциплинарный подход и сотрудничество стоматолога и специалистов смежных дисциплин с обязательной санацией полости рта пациентов.

ФТИЗИАТРИЯ И ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕАКТИВНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ЛЕГКИХ У РЕБЕНКА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

Колпина Наталья Юрьевна, Заиграева Валерия Андреевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Сеницына Анастасия Вячеславовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра лучевой диагностики и биомедицинской визуализации факультета переподготовки и дополнительного послевузовского образования. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: asicyn@yandex.ru

Ключевые слова: рентгенография; компьютерная томография; физиологическая реакция; туберкулез у детей.

Введение. В работе представлен клинический случай выявления физиологической реакции легочной ткани методом компьютерной томографии у ребенка с подозрением на туберкулез. Данный диагноз был включен в дифференциальный ряд по причинам контакта с туберкулезным больным в анамнезе, положительной пробы на аллерген туберкулезный рекомбинантный (АТР), отсутствия клинической картины и отсутствия изменений лабораторных показателей. На результаты туберкулиновых иммунологических проб могут влиять: иммунологический статус, сопутствующие заболевания, что значительно затрудняет оценку существования истинного туберкулезного воспаления. Физиологические и патологические реакции легких неспецифичны и влияют на значение иммунологических проб, что приводит к ошибочному диагнозу туберкулеза.

Цель исследования. Провести анализ и дать оценку инфильтративных изменений в легких, определяемых на компьютерной томографии органов грудной клетки у ребенка, состоящего на учете в противотуберкулезном диспансере, на фоне семейного контакта с туберкулезным больным при положительной пробе на АТР и отсутствия клинической картины.

Материалы и методы. В работе представлен разбор клинического случая определения инфильтративных изменений в левом легком у ребенка, 10 лет, состоящего на учете в противотуберкулезном диспансере с подозрением на туберкулез.

Результаты. Пациент ранее состоял на учете в период с 2016 по 2018 гг. в противотуберкулезном диспансере в связи с семейным туберкулезным контактом, лечение не получал в связи с отказом родителей. При обращении пациента в 2022 году в связи с положительной пробой на АТР проведена компьютерная томография органов грудной полости, на которой определяется инфильтрация в S9,10

правого легкого по типу «дерево в почках», размерами до 4 см. При этом пациент жалоб не предъявлял, клиническая картина каких-либо заболеваний отсутствует, лабораторные данные в пределах нормальных референсных значений. В момент обследования — контакт с другими инфекционными заболеваниями отрицает. Анализ других возможных заболеваний легочной ткани не имел подтверждений. Как правило, такие данные, полученные врачом из анамнестических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, интерпретируются как туберкулез легких [1]. Для подтверждения диагноза «туберкулез» и исключения неспецифического инфекционного процесса пациенту проведен курс неспецифической антибиотикотерапии и повторное выполнение контрольной компьютерной томографии, на которой наблюдается полное рассасывание инфильтрации и нормализация легочного рисунка.

Заключение. Данный клинический случай представляет собой ситуацию, при которой физиологические изменения в легочной ткани имеют сходство с патологическими. Наблюдаемая рентгенологическая картина расценена как физиологическая (адаптивная) [2] реакция в легочной ткани, которая в течение 4 недель имеет тенденцию к полному рассасыванию [3]. По нашим наблюдениям, такие реакции наблюдаются при проведении рентгенологических исследований органов грудной клетки у детей с подозрением на туберкулез преимущественно в период распространения острых респираторных заболеваний. Таким образом, наличие инфильтративных изменений у детей, состоящих на учете в противотуберкулезном диспансере, на фоне положительного теста на АТР и отсутствия клинической картины, не является достаточным условием для подтверждения воспалительных изменений туберкулезной этиологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации — Туберкулез у детей — 2022–2023–2024 (31.05.2022) — Утверждены Минздравом РФ. Clinical guidelines — Tuberculosis in children — 2022–2023–2024 (05/31/2022) — Approved by the Ministry of Health of the Russian Federation.
2. Ведение в патофизиологию. Общая нозология: учебное пособие / Сост.: Д.А. Еникеев, Э.Н. Хисамов, Е.А. Нургалеева, Д.В. Срубиллин, Г.А. Байбурина, В.И. Лехмус, Г.Г. Халитова, Е.Р. Фаршатова, Л.В. Нагаева, В.П. Головин — Уфа: Изд-во ФГБОУ ВОБГМУ Минздрава России, 2016. 162 с. Introduction to pathophysiology. General nosology: educational Senior/Sost.: D.A. Yenikeev, E.N. Khisamov, E.A. Nurgaleeva, D.V. Srubilin, G.A. Baiburina, V.I. Lehmus, G.G. Khalitova, E.R. Farshatova, L.V. Nagaeva, V.P. Golovin — Ufa: Izd-vo FGBOU VO BSMU Ministry of Health of Russia, 2016. 162 p.
3. Заявка на изобретение «Способ диагностики туберкулёза» (рег. № 2022113657 от 20.05.2022 г.). Application for the invention «Method for diagnosing tuberculosis» (reg. No. 2022113657 dated 05/20/2022).

АСПЕКТЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ РОДИТЕЛЕЙ К ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ

Ходоренко Виктория Алексеевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Яровая Юлия Анатольевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра фтизиатрии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская д. 2. E-mail: viktoria.gliznutsa@gmail.com

Ключевые слова: противотуберкулезная терапия; родители; приверженность к терапии.

Актуальность. Туберкулез — социальное заболевание, на исход которого, в том числе, влияет и отношение к его терапии [1–3]. Низкая приверженность лечению приводит к недостаточному контролю над заболеванием, способствует вторичной лекарственной устойчивости возбудителя, затрудняет достижение клинического излечения. Вопрос о детской приверженности к терапии скудно освещен в отечественных и иностранных источниках. Вероятно, это связано с тем, что дети, болеющие туберкулезом, не могут в полной мере понять важность приверженности к терапии. Основная задача родителей — помочь детям в осознании этого вопроса. Как известно, туберкулезом чаще болеют люди из социально неблагополучных семей, что ведет за собой неосознанное отношение к диагностике, профилактическим мероприятиям и необходимой терапии. Дети из таких семей наиболее уязвимы, так как родители не считают целесообразным придерживаться режима лечения.

Цель исследования. Оценить уровень приверженности родителей к противотуберкулезному лечению их детей. Задачи: 1. Оценить объем основных знаний о туберкулезе среди родителей, дети которых болеют туберкулезом и получают противотуберкулезную терапию. 2. Определить знания о мерах предупреждения и выявления туберкулеза. 3. Проанализировать личное отношение родителей к противотуберкулезному лечению их детей.

Материалы и методы. Проанализированы 20 историй болезни детей, находящихся на стационарном лечении в Детской инфекционной больнице № 3 (среди детей возрастом от 2 до 13 лет: девочек — 55,0%, мальчиков — 45,0%). Все пациенты прошли глубокую фтизиатрическую диагностику, включающую подробный сбор эпидемиологического анамнеза; проведение специфической иммунодиагностики; лабораторные и лучевые (мультиспиральная компьютерная томография) исследования. Пациентам был назначен основной курс лечения длительностью от 6 месяцев или превентивное лечение в течение 6 мес.

Родители прошли анонимное анкетирование, включающее вопросы об основных понятиях туберкулезной инфекции, её выявлении и профилактике, а также определяющие личное отношение к проводимому лечению.

Результаты. По результатам фтизиатрической диагностики были установлены следующие формы: 10,0% пациентов с активной формой туберкулеза, 85,0% пациентов с остаточными посттуберкулезными изменениями, 5,0% пациентов с латентной туберкулезной инфекцией с признаками активности микробактерий туберкулеза. Всем пациентам была назначена специфическая химиотерапия или превентивное лечение. 90,0% пациентов были вакцинированы БЦЖ, 10,0% не получили вакцину от туберкулеза (1 — отказ, 1 — противопоказание). У 60,0% пациентов сформировался поствакцинальный рубчик. По данным эпидемиологического анамнеза 50,0% детей находились в туберкулезном контакте (40,0% туберкулезных контактов от общего числа детей были семейными и родственными). По результатам анкетирования родителей были получены следующие данные: 28,5% опрошенных имели основные представления о туберкулезе; 28,5% респондентов правильно были осведомлены о мерах предупреждения туберкулеза; 19,0% признали факт наличия семейного или родственного контакта, что отличается от данных, полученных из историй болезни; 23,8% родителей выразили согласие с проводимой терапией; 19,0% родителей полностью одобряли проводимую терапию. 86,7% родителей понимают, что формы заболевания детей не опасны для них, только 13,3% выразили опасение по поводу своего заражения от ребенка.

Выводы. 1. По результатам анкетирования был установлен недостаточный уровень основных знаний о туберкулезе, его эпидемиологии и мерах профилактики, низкий уровень приверженности к противотуберкулезному лечению среди родителей, дети которых больны туберкулезом.

2. Факт наличия семейного или родственного контакта признали 19,0% респондентов при его официальном установлении в 40,0% случаев.

3. Необходимо проведение разъяснительной работы с родителями детей, нуждающихся в проведении противотуберкулезной терапии.

4. Необходимо психологическое консультирование родителей для адаптации к необходимости проведения длительного противотуберкулезного лечения детям.

ЛИТЕРАТУРА

1. Раннее выявление и профилактика туберкулеза в практике врача-педиатра. Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Степанов Г.А., Яровая Ю.А. Учебно-методическое пособие для студентов VI курса педиатрического факультета /

Санкт-Петербург, 2022. Сер. Библиотека педиатрического университета.

2. Туберкулез. Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Степанов Г.А., Яровая Ю.А. Учебное пособие / Санкт-Петербург, 2017.

3. Яровая Ю.А., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В. Эпидемическая и социальная характеристика туберкулеза у детей. В сборнике: Материалы V Российского Форума «Здоровье детей: профилактика социально-значимых заболеваний. Санкт-Петербург — 2011». (Совместно с ГУ «Научный Центр здоровья детей РАМН») Посвящается Международному дню защиты детей. 2011. С. 218.

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ПОМОЩЬ ДЕТЯМ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ — ВЗГЛЯД ФТИЗИАТРА

Мидаева Лейла Николаевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор, Лозовская Марина Эдуардовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра фтизиатрии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: khamchieva@yandex.ru

Ключевые слова: дети; инфицирование; туберкулез; инвалидность; проба Манту.

Введение. В настоящее время дети с инвалидностью различного происхождения составляют значительную группу пациентов. Так, к январю 2023 г. численность детей-инвалидов в г. Санкт-Петербурге составила 23 256 человек. По совокупности социальных и медицинских факторов дети с инвалидностью являются группой риска по туберкулезу, однако специальных подходов к профилактике и выявлению туберкулеза у них не разработано. Вместе с тем, наблюдаются случаи поздней диагностики и тяжелого течения туберкулеза, так как возможности контроля над туберкулезной инфекцией у них ограничены. Существуют и проблемы в назначении противотуберкулезных препаратов (ПТП) детям, имеющим инвалидность.

Цель исследования. Проанализировать особенности течения туберкулезной инфекции, локальных форм туберкулеза, переносимость ПТП у детей с инвалидностью по сопутствующим заболеваниям/состояниям. Дать комплексную оценку профилактическим мероприятиям, направленным на предупреждение туберкулеза у несовершеннолетних с инвалидностью.

Материалы и методы. В исследование включены 123 ребенка-инвалида в возрасте от 1 года до 17 лет, среди них 1-я группа — 40 детей, наблюдавшихся на уровне специализированной (фтизиатрической) медицинской помощи, и 2-я группа — 83 ребенка, наблюдавшихся на уровне первичной медико-санитарной помощи. В 1 группу вошли все дети с инвалидностью, находившихся на стационарном обследовании и лечении в СПб ГБУЗ «ДИБ № 3» и состоящие на диспансерном наблюдении в СПб ГБУЗ «ПТД № 5» в 2019–2021 гг. Дети 1 группы (n=40) были разделены на 3 подгруппы: 1А группа — лица с активными формами туберкулеза 5 человек (12,5%), 1Б группа — лица с латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ) с положительной пробой с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (АТР) — 18 человек (45%), 1В группа — лица с отрицательным тестом с АТР — 17 чел (42,5%), в т.ч. 16 инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ) по пробе Манту с 2 ТЕ и 1 с осложнением на вакцинацию БЦЖ (БЦЖ-остит). У детей 1 группы

были изучены медицинские карты стационарного больного (форма № 003/у), контрольные карты диспансерного наблюдения (форма № 030/у), карты профилактических прививок (форма № 063/у), обследование и наблюдение проводилось лично. Группа 2 (n=83) сформирована методом случайной выборки из детей инвалидов, наблюдающихся в СПб ГБУЗ Городская поликлиника № 118. У этих детей изучены карты профилактических прививок с целью определения регулярности иммунодиагностики и оценки охватов иммунизацией БЦЖ-М. Статистическая обработка данных в виде абсолютных величин проведена в программе Excel (Microsoft Office) 2007 с помощью описательной статистики и t-критерия Стьюдента.

Результаты. Все дети 1А группы, с локальными формами туберкулеза (n=5) были из очагов туберкулезной инфекции: 2 имели контакт с МЛУ ТБ (туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью), 1 — контакт с ШЛУ ТБ (туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью) и 2 — контакт с больным с сохраненной лекарственной чувствительностью (ЛЧ) возбудителя. На фоне лечения нежелательные явления (НЯ) наблюдались у 3-х из 5-ти пациентов. Регулярность массовой иммунодиагностики до заболевания соблюдалась у всех детей, однако у 1 ребенка отсутствовала информативность пробы с АТР. У детей с 1Б гр. — ЛТИ (n=18) туберкулезный контакт в прошлом имел место у 1 ребенка. Превентивное лечение получило 10 человек, 7 человек отказалось от лечения, у 1 — отмена в связи с плохой переносимостью ПТП. На фоне лечения НЯ отмечались у двоих детей. Снижение пробы с АТР после превентивной ХТ произошло у 9 пациентов; среднее значение папулы при пробе с АТР снизилось с $11,0 \pm 3,1$ мм до $6,6 \pm 4,1$ мм ($p > 0,05$). Регулярность массовой иммунодиагностики среди детей данной группы соблюдалась у 6 человек (33,3%). Обследование методами Interferon-Gamma Release Assays (IGRA), как альтернативных пробе с АТР использовано в условиях общей лечебной сети у 2 (11,1%) человек. Отсутствие реакции на пробу с АТР в сравнении с тестами IGRA отмечалась у 1 ребенка с ЛТИ и болезнью Гоше. Среди детей

1В гр., инфицированных с отрицательной пробой с АТР (17 человек) регулярность иммунодиагностики имела место в 7 (41,2%) случаях. У 10 (58,9%) детей регулярность скрининга нарушена в связи с отказом родителей, а также сложностью привлечения на обследование в поликлиники. Родители 3 (17,6%) детей предпочли обследование методами IGRA тестов по причине кожных и аллергических заболеваний. Специфическая профилактика с помощью вакцинации БЦЖ не была проведена одному ребенку из 1А группы (перинатальный контакт по В-23) и 1 ребенку из 3-й группы (ВИЧ инфекция), все остальные дети иммунизированы БЦЖ-М, среди них — 32 ребенка (84,2%) — в родильном доме, 6 человек (15,8%) — в условиях общей лечебной сети (ОЛС).

При оценке медицинской документации детей-инвалидов 2 группы, наблюдаемых на уровне первичной медико-санитарной помощи (n=83), установлено: регулярность иммунодиагностики только у 39,8% детей, в том числе тестами *in vitro*. Причинами нерегулярной иммунодиагностики являлись: отказы в пользу альтернативных методов диагностики *in vitro* — 32,4%, противопоказанность внутрикожных тестов — 24,1%, сложность в привле-

чении к обследованию — 20,5%. По проведенному анализу выявлено подозрение на инфицирование у 6 человек (7,2%), из них привлечено на обследование в ПТД — 2 детей, 4 — отказ от обследования. Иммунизацией БЦЖ-М в родильном доме охвачено 78,3% детей, при снятии противопоказаний вакцинированы в ОЛС — 13,4%, остались не охвачены вакцинацией по причине медицинских отводов и отказов — 8,3%.

Выводы. У детей с инвалидностью отмечается высокая частота нерегулярной иммунодиагностики (55,6%) и отказов родителей от превентивного лечения (38,9%). Вместе с тем, наличие туберкулезных контактов с МЛУ и ШЛУ туберкулезом (3 из 5 заболевших), плохая переносимость ХТ у этих детей требует более пристального внимания к ним с целью профилактики туберкулеза и индивидуализации лечения. Поскольку в поле зрения фтизиатра попадает только небольшая часть нуждающихся детей-инвалидов, возникает необходимость контроля у них иммунодиагностики на уровне ПМСП. Детям с противопоказанными кожными пробами целесообразно обеспечить плановую иммунодиагностику тестами IGRA.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДА КЛАПАННОЙ БРОНХОБЛОКАЦИИ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ДЕСТРУКТИВНЫМИ ФОРМАМИ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ

Громова Анастасия Ильинична, Гордеева Александра Евгеньевна

Научные руководители: Бурмистрова Ирина Александровна, Киселевич Ольга Константиновна

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова.
117997, Москва, ул. Островитянова, д. 1. E-mail: gordeeva98@inbox.ru

Ключевые слова: туберкулез легких; лечение; клапанная бронхоблокация; лекарственная устойчивость.

Введение. Лечение туберкулеза имеет 3 главные цели: выздоровление пациента, предотвращение формирования лекарственной устойчивости и эпидемиологический контроль. Достигается это при помощи химиотерапии — этиотропной (специфической) терапии больных с применением оптимальной комбинации противотуберкулезных препаратов, которая направлена на уничтожение микобактериальной популяции (бактерицидный эффект) или подавление ее размножения (бактериостатический эффект). Принимая во внимание нарастание количества случаев туберкулеза легких, вызванных лекарственно-устойчивыми штаммами микобактерий туберкулеза (МБТ), большую роль играют немедикаментозные методы лечения. Применение хирургических операций в сочетании с химиотерапией позволяет добиться прекращения бактериовыделения и ликвидации каверн у большого числа больных, что способствует улучшению эпидемиологической ситуации. Однако распространенные деструктивные процессы являются противопоказанием для хирургического лечения из-за высокой частоты прогрессирования процесса и развития осложнения. Метод клапанной бронхоблокации (КББ) может успешно применяться в таких случаях не только для подготовки к хирургическому лечению, но и как метод, ведущий к клиническому излечению туберкулеза. Этот метод заключается в установке эндобронхиального клапана (ЭК) в устье определенного бронха, что позволяет путем гиповентиляции, вплоть до ателектаза заблокированного участка легкого, создать благоприятные условия для заживления деструктивных процессов в легких. Возможность использования КББ, как малоинвазивной методики для закрытия полостей распада, может уменьшить частоту необходимости хирургического лечения, ведущего к нарушению целостности органа. Данная методика позволяет сохранить дренажную функцию заблокированного клапаном бронха. Особенно актуально применение КББ у пациентов с лекарственно-устойчивыми штаммами туберкулеза легких, плохой переносимостью противотуберкулезных препаратов, при неинфекцион-

ных сопутствующих патологиях (сахарный диабет, сердечно-сосудистых заболеваниях без декомпенсации, заболевания почек и печени). Осложнения легочного туберкулеза (легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, бронхоплевральный свищ) является показанием к установке КББ.

Цель исследования. Определить эффективность применения метода клапанной бронхоблокации при лечении больных с деструктивными формами туберкулеза легких.

Материалы и методы. Ретроспективно изучены истории болезни 427 пациентов, пролеченных в клинике на базе двух терапевтических отделений за 2021 год. Все пациенты получали химиотерапию по протоколам лечения туберкулеза в соответствии с федеральными клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых». Из них 111 (26,0%) пациентам применяли метод клапанной бронхоблокации. Для статистической обработки использовали стандартный пакет MS Excel 2010.

Результаты. Из 111 больных мужчин было 66 (59,5%), женщин — 45 (40,5%). Распределение пациентов по возрастам представлено следующим образом: от 18 до 29 лет — 12 больных (10,8%), от 30 до 39 лет — 41 больной (36,9%), от 40 до 49 — 34 больных (30,6%), от 50 до 59 лет — 17 больных (15,3%) и от 60 и старше — 8 (7,2%). Среди клинических форм туберкулеза органов дыхания наиболее часто наблюдалась инфильтративная — у 52 (46,9%), реже регистрировалась фиброзно-кавернозная — 32 (28,8%), кавернозная и диссеминированная формы туберкулеза отмечались у 13 больных (11,7%) соответственно, и у 1 пациента (0,9%) была казеозная пневмония. По локализации процесса у 39 пациентов (35,1%) процесс был двухсторонним, а у 72 пациентов (64,9%) — односторонним: из них правосторонним у 39 больных, а левосторонним — у 33. Нами был изучен спектр лекарственной чувствительности возбудителя. Лекарственная чувствительность была сохранена у 28 пациентов (25,2%), у 19 пациентов (17,1%) была изониазид устойчивая форма туберкулеза, у 33 пациентов (29,7%) выявлена множественная лекарственная устойчивость МБТ,

у 31 пациента (27,9%) отмечалась пре-широкая и широкая лекарственная устойчивость возбудителя. Длительность нахождения ЭК в просвете бронха в среднем составляла 300 дней, от 6 до 14 месяцев. Закрывание полостей распада отмечалось у 99 пациентов, эффективность лечения больных с деструктивным туберкулезом легких составила 89,2%. Ос-

ложнения при КББ наблюдались у — 15 пациентов (13,5%), что проявлялось в разрастании грануляций и стенозировании бронхов.

Выводы. Применение клапанной бронхоблокации в комплексном лечении больных с деструктивными формами туберкулеза легких позволяет повысить эффективность лечения у данной категории.

ОЦЕНКА ФАКТОРОВ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Майер Павел Александрович, Солодилина Ксения Андреевна,
Лощакова Анна Игоревна, Давиденко Константин Владимирович

Научные руководители: д.м.н., профессор Браженко Ольга Николаевна, д.п.н., профессор Исаева Елена Рудольфовна
Первый Санкт-Петербургский Государственный медицинский университет им. И.П. Павлова.
Кафедра общей и клинической психологии, кафедра социально значимых инфекций и фтизиопульмонологии.
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8. E-mail: Whitefield@inbox.ru

Ключевые слова: приверженность лечению; туберкулез; эффективность химиотерапии; психодиагностика.

Введение. Туберкулез является медленно текущей социально-значимой инфекцией с длительными, волнообразными периодами подъема и снижения заболеваемости. На сегодняшний день, одной из основных проблем во фтизиатрии является нарастание количества больных с множественной и широкой лекарственной устойчивостью микобактерий туберкулеза, на фоне снижения общей заболеваемости. Множественная и/или широкая лекарственная устойчивость, в отдельных случаях, формируется в результате незавершенности полного курса лечения по необъективным причинам, таким как низкий уровень дисциплинированности больного. Также к фактору риска возникновения лекарственной устойчивости можно отнести плохую переносимость отдельных или даже групп препаратов. При ухудшении физического самочувствия на фоне приема противотуберкулезных препаратов, некоторые пациенты склонны самостоятельно прерывать их применение и зачастую, скрывать факт такого прерывания от лечащего врача.

К сожалению, в подавляющем большинстве случаев, врач-фтизиатр узнает о неприверженности больного лечению туберкулеза и уклонению от химиотерапии только в случае ухудшения клинического состояния больного, и/или отрицательной рентгенологической динамики при контрольном обследовании. Подобная ситуация наблюдается не только в Российской Федерации, но и в ряде других государств, где проблема приверженности лечению больных туберкулезом стоит также остро.

Цель исследования. Повышение приверженности лечению больных туберкулезом на амбулаторном этапе при помощи психометрии.

Материалы и методы исследования. Обзор отечественной и зарубежной научной литературы, описательный метод.

Результаты исследования. Важной составляющей частью лечебного процесса не только во фтизиатрии, но и во многих других отраслях клини-

ческой практики на сегодняшний день становится приверженность больного лечению. Приверженность лечению — обобщенно характеризует правильность и своевременность выполнения пациентом рекомендаций и назначений лечащего врача в рамках проводимой терапии. Проблему неприверженности больных туберкулезом необходимо рассматривать не только в контексте своевременного приема пациентом противотуберкулезных препаратов, регулярном посещении противотуберкулезной медицинской организации, но и с позиции самого больного, а именно, имеет ли больной достаточную мотивацию к лечению, имеет ли больной материальную возможность ежедневно посещать противотуберкулезное учреждение в течение длительного времени, удовлетворены ли у данного конкретного пациента витальные базовые потребности, имеются ли у пациента психологические особенности, которые могут помешать процессу лечения.

Во фтизиатрической практике, оценка психологических факторов приверженности лечению и оказание специализированной психологической поддержки пациенту на сегодняшний день, не имеют широкого распространения, что снижает возможность получения объективного прогноза прерывания лечения, инициированного пациентом.

Психодиагностические инструменты позволяют выявить «пациент-центрированную» группу факторов, детерминирующую готовность пациента всецело стать полноправным участником лечебного процесса, а также определяющих особенности реагирования и поведения в ситуации болезни. К таким факторам можно отнести личность самого пациента, внутреннюю картину болезни, уровень образования и социальное окружение, особенности взаимодействия пациента с родственниками как до заболевания, так и в процессе лечения.

Личностные особенности больного, тип высшей нервной деятельности, акцентуации характера, когнитивные способности и особенности вниматель-

но-мнестической сферы являясь детерминантами приверженности, также подлежат обязательной оценке. К элементам, составляющим картину приверженности мы можем отнести эмоциональное состояние больного, способы преодоления стресса, особенности его взаимодействия с социумом, особенности самоотношения. Иными словами, приверженность лечению пациента стоит рассматривать в первую очередь как психологический феномен, оценку которого возможно произвести только в комплексе всестороннего изучения составляющих его частей. И лишь на основании полученных данных, мы сможем адресно воздействовать на те элементы приверженности, которые не позволяют пациенту войти в комплаенс. Стоит отметить, что обособленные психологические свойства личности

больных, такие как уровень тревожности, уровень нейротизма, не могут рассматриваться в качестве эквивалентов приверженности лечению.

Заключение. Своевременное проведение психологической оценки факторов приверженности лечению больных туберкулезом может существенно повысить эффективность химиотерапии. На сегодняшний день, причины отрывов от лечения не рассматриваются в контексте взаимосвязи приверженности лечению с внутренней картиной болезни пациента и его психологическими особенностями. Данных о психологических предпосылках к формированию приверженности лечению больных туберкулезом недостаточно, для формирования единого обобщенного принципа психологической помощи в формировании приверженности.

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ И В СОЧЕТАНИИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Нечунаева Ольга Валерьевна, Солодилина Ксения Андреевна,
Лощакова Анна Игоревна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Браженко Ольга Николаевна

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова.
197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6–8. E-mail: info@1spbmgmu.ru

Ключевые слова: туберкулез; ВИЧ-инфекция; психологическая травматичность; EndTB; характеристика больного туберкулезом.

Введение. Несмотря на проводимые ВОЗ мероприятия, туберкулез и сегодня остается одной из основных причин смерти среди инфекционных заболеваний, особенно у ВИЧ-инфицированных больных. Разработанная в 2014 году программа EndTB, целями которой являются снижение уровня заболеваемости и смертности от туберкулеза во всем мире к 2035 году, имеет на своем пути ряд препятствий. Среди них такие, как увеличение количества ВИЧ-инфицированных больных с каждым годом, увеличения числа больных с лекарственной устойчивостью микобактерии и психологическая травматичность туберкулеза. Все это ведет к снижению эффективности проводимой терапии и росту неблагоприятных исходов заболевания. Знание психологических и социальных характеристик больных туберкулезом позволит фтизиатрам совместно с психологом проводить психологическую коррекцию наших больных, а в дальнейшем окажет влияние на эффективность лечения.

Цель исследования. Определение медико-социальных и психологических характеристик больных туберкулезом, в том числе с ВИЧ-инфекцией.

Материалы и методы. Методика «Тип отношения к болезни», методика «Опросник структуры психологических защит», опросник Р. Лазаруса и С. Фолкмана, статистическая обработка материалов исследования проводилась с помощью прикладной программы Statistica

Результаты. Большую долю больных туберкулезом составляли мужчины трудоспособного возраста в 81% случаев, но статистика последних лет показывает, что начинала возрастать доля женщин, которая уже достигла 51%.

При оценке уровня образования больных было выявлено, что большинство имели среднее образование в 64% случаев, а высшее всего лишь в 10%. Лишь 49% больных были официально трудоустроены, остальные либо работали неофициально, либо жили за счет родственников или друзей.

Оценка бытовых условий показала, что 74% больных проживали в отдельной квартире, 23% в

коммунальных квартирах или общежитиях, а 3% являлись лицами без постоянного места жительства.

На момент выявления туберкулеза в официальном браке состояло 27% больных, в гражданском браке 18%, в разводе находились 11%, а остальные 13% проживали с родителями. Среди лиц с сочетанной патологией туберкулез и ВИЧ-инфекция 39% не имели семью вообще или проживали с родственниками, только 22% состояло в официальном браке, а 13% в гражданском.

При оценке вредных привычек и сопутствующей патологии было выявлено, что больные туберкулезом часто злоупотребляют алкоголем, что составило 35%, активными курильщиками являлись 85% больных. Больные туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекции в 90% случаев являлись потребителями психоактивных веществ. Кроме ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом преобладали такие заболевания, как ХОБЛ у 49%, сахарный диабет у 30%, язвенная болезнь у 19% и алкоголизм у 15%.

Привычный облик больного туберкулезом это одинокий мужчина трудоспособного возраста, 34–44 лет, неработающий, страдающий алкоголизмом, курильщик, имеющий сопутствующие заболевания и проживающий в коммунальной квартире или без постоянного места жительства, зачастую вышедший из мест лишения свободы. Но за последние годы портрет нашего больного изменился, и кроме дезадаптированных больных появились и социально сохраненные, которые имеют высшее или среднее профессиональное образование, проживают в отдельных квартирах, состоят в официальном браке. Они никогда не были в местах лишения свободы, имеют постоянную работу.

Заключение. У этих больных имеются отрывочные представления о социальных характеристиках, но единого психосоциального портрета больного туберкулезом и в сочетании с ВИЧ-инфекцией в настоящее время нет. Больные туберкулезом имеют психологические особенности, оказывающие влияние на лечение и требующие психологического сопровождения.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ГЕМОСИДЕРОЗ ЛЕГКИХ У ДЕТЕЙ. ТРУДНОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Буковская Анастасия Александровна

Научные руководители: д.м.н., профессор Кузнецова Алла Александровна, доцент, к.м.н. Петрова Светлана Ивановна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
Кафедра факультетской педиатрии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: nastya_bukva@bk.ru

Ключевые слова: идиопатический гемосидероз легких; интерстициальные заболевания легких; железодефицитная анемия.

Введение. Идиопатический гемосидероз легких (ИГЛ) — редкое заболевание неясной этиологии, относится к группе интерстициальных болезней легких и характеризуется триадой симптомов: кровохарканье, железодефицитная анемия, интерстициальными изменениями легких [1,2,3]. Учитывая обширный круг дифференциальной диагностики, постановка диагноза нередко занимает длительное время. Заболеваемость ИГЛ составляет 0,24–1,23 на 1 млн. детей в год. ИГЛ составляет в среднем 8% в структуре интерстициальных заболеваний легких у детей по данным биопсии [4].

Цель исследования. Представить клинический случай ранней диагностики ИГЛ у девочки 8 лет.

Материалы и методы. Представлен анализ истории болезни девочки 8 лет, госпитализированной в пульмонологическое отделение с жалобами на лихорадку, одышку, слабость.

Результаты. Ранний анамнез без особенностей. Росла и развивалась по возрасту. При поступлении в инфекционную клинику СПбГПМУ состояние ребенка тяжёлое, слабость, кожные покровы бледные, кашель сухой, симптомы дыхательной недостаточности (ДН), ЧСС 134 уд. в мин, Sat 99%, ЧДД 30 в мин, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Аускультативно в легких: дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются. Температура тела 37,1 °С. В клиническом анализе крови: снижение уровня гемоглобина до 40 г/л, $E_r 3 \times 10^{12}$, Цветовой показатель 0,4, лейкоцитоз — $13,4 \times 10^9$, с/я — 2%, п/я — 74%, л — 16%, мон — 7%, СОЭ — 2 мм/ч. На МСКТ легких органов грудной полости выявлены диффузные изменения по типу «матового стекла». Учитывая эпидемиологическую ситуацию на момент госпитализации и клиничко-рентгенологические данные, была исключена новая коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19. Больная переведена на отделение пульмонологии.

Состояние больной было не стабильным: субфебрильная температура, ДН смешанного генеза (снижение Sat O₂ до 74%), по данным гемограммы признаки гипохромной анемии (снижение Hb до 57 г/л), анизоцитоз, пойкилоцитоз, ретикулоци-

тоз. На фоне нарастающей ДН и ухудшения гематологических изменений, проведена повторная МСКТ органов грудной клетки, где определялось увеличение распространенности и интенсивности уплотнений по типу «матового стекла» в обоих легких, что подтверждало поражение легких по типу интерстициального заболевания легких (ИЗЛ). Проводился расширенный диагностический поиск. Исключались системные васкулиты, онкопатология, синдром Гудпасчера, целиакия, патология желудочно-кишечного тракта. Для определения характера морфологических изменений в паренхиме легких и верификации диагноза, проведена чрезбронхиальная биопсия, в биоптатах обнаружены фрагменты бронхиального эпителия без подлежащей стромы с артериальными изменениями, в которых определяются отложения гемосидерина и гемосидерофаги. В просвете альвеол и междольковых перегородках также определяются скопления гемосидерофагов.

Таким образом, тяжелая гипохромная анемия, поражение легких по типу ИЗЛ, доказательств диффузного альвеолярного кровоизлияния по результатам биопсии легких был поставлен диагноз ИГЛ. Отсутствие таких симптомов, как кровохарканье, отставание физического развития, указания на рецидивы заболевания в анамнезе, проведение расширенного диагностического поиска позволило установить диагноз на ранней стадии болезни. Больной проводилось заместительное переливание Eг-массы, продолжена терапия глюкокортикостероидами (ГКС) с положительным эффектом, симптоматическая терапия.

Заключение. Идиопатический гемосидероз легких относится к группе редкой патологии. Однако в последние годы в литературе возросла частота описания данного заболевания. Вероятнее всего это связано с лучшими возможностями диагностики. Мы представили клинический случай, особенностью которого является отсутствие полной триады симптомов заболевания у ребенка. В дебюте заболевания симптомы не всегда специфичны, что значительно затрудняет раннюю

постановку диагноза. Необходимо исключать ИГЛ у детей с признаками тяжелой железодефицитной анемии, кровохарканьем, ДН, интерстициальными изменениями в легких, при положительной динамике в течение заболевания на фоне ГКС терапии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кузнецова А.А., Пахомова А.А., Петрова С.И., Пешехонова Ю.В. Нейроэндокринная гиперплазия младенцев. Педиатр Т. 7 Выпуск 2. 2016. С. 170–175.
2. Садыкова Д.И., Макарова Т.П., Шакирова А.Р., Сайфуллина Р.М., Сайфиева Р.Д., Хуснутдинова Д.Р., Хабибрахманова З.Р. Идиопатический гемосидероз легочной ткани. Российский вестник перинатологии и педиатрии 2021; 66:(5): С. 219–222.
3. Saha B K, Datar P, Aiman A, et al. 2022, Comparative Analysis of Adult Patients With Idiopathic Pulmonary Hemosiderosis and LaneHamilton Syndrome: A Systematic Review of the Literature in the Period 1971–2022., Cureus 14(3): e23482. С. 1–15.
4. Гаврисюк В.К., Страфун О.В., Шадрина О.В., Меренкова Е.А., Лискина И.В., ГУ «Национальный институт фтизиатрии и пульмонологии им. Ф.Г. Яновского НАМН Украины», г. Киев, «Редкие интерстициальные заболевания легких: идиопатический гемосидероз легких». 2013. С. 38–39.

ПОРАЖЕНИЕ ЛЕГКИХ ПРИ АНЦА-НЕГАТИВНОМ ГРАНУЛЕМАТОЗЕ С ПОЛИАНГИИТОМ

Ардзинба Илона Темуровна

Научные руководители: д.м.н., профессор Кузнецова Алла Александровна, к.м.н., доц. каф. факультетской педиатрии СПбГПМУ Петрова Светлана Ивановна, к.м.н., доц. каф. госпитальной педиатрии СПбГПМУ Дубко Маргарита Федоровна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Кафедра факультетской педиатрии. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: ardzinbailona@gmail.com

Ключевые слова: гранулематоз; васкулит; АНЦА-негативный; легкие, гистология.

Введение. Гранулематоз с полиангиитом, или гранулематоз Вегенера (ГВ) — редкое иммунозависимое иммуноопосредованное заболевание, характеризующееся гранулематозно-некротическим системным васкулитом, наиболее часто вовлекающим в патологический процесс верхние и нижние дыхательные пути. Поражение легких является частым проявлением у детей как в дебюте заболевания, так и во время обострений. Его тяжесть варьирует от бессимптомных легочных поражений до драматических угрожающих жизни клинических проявлений, таких как диффузное альвеолярное кровотечение. Распространенность ГВ в последние годы увеличивается и, по данным литературы, в настоящее время в странах Европы составляет до 5 на 100 тыс. населения. Механизм возникновения заболевания объясняют иммунной дисфункцией, когда клетки иммунной системы организма начинают атаковать собственные ткани и органы. В результате повреждения тканей вследствие воздействия иницирующего воспалительного процесса развивается специфический иммунный ответ. Часть этого ответа направлена против ранее экранированных эпитопов белков гранул нейтрофилов, что приводит к высоким титрам аутоантител (АНЦА). Образование АНЦА считается характерным признаком ГВ в большинстве случаев и используется для ранней диагностики. Тем не менее почти у 20% пациентов с ГВ тест на АНЦА дает сомнительный результат, у 10% ГВ относят к так называемым АНЦА-негативным формам. В данном случае постановка диагноза возможна только на основании гистологического исследования пораженного органа.

Цель исследования. Представить алгоритм диагностики АНЦА-негативного гранулематоза с полиангиитом на примере клинического случая.

Материалы и методы. Анализ истории болезни пациентки 10 лет с диагнозом: Системный васкулит, Гранулематоз с полиангиитом, АНЦА-негативный с поражением легких.

Результаты. У девочки 10 лет, с ранее выявленной atopической бронхиальной астмой, в периоде ремиссии, на фоне базисной терапии низкими доза-

ми ингаляционных стероидов, впервые появились жалобы на боли в левом боку, лихорадку. С диагнозом «двусторонняя пневмония», установленном на основании рентгенограммы органов грудной полости (ОГП), девочка госпитализирована, клинические симптомы пневмонии отсутствовали. При проведении бронхоскопии выявлен двусторонний диффузный эндобронхит 1 степени активности. Посев БАЛ на флору и грибковую инфекцию отрицательные. Проведены 4 курса антибактериальной терапии. Через месяц состояние ребенка стабилизировалось, болевой синдром купирован. На контрольных рентгенограммах ОГП, МСКТ сохраняются: двусторонняя консолидации, левосторонний гидропневмоторакс. Через месяц у ребенка вновь нарастание болевого синдрома, появление лихорадки, в анализе крови повышение СРБ 14 г/л, D-димер 860 нг/мл; на МСКТ легких появление зон консолидации, перифокальной интерстициальной инфильтрации, S 6,9,10,3 слева и S3 справа множественные очаги периваскулярных инфильтратов по типу муфт размером от 5 до 15 мм.

Учитывая активность воспалительного процесса и резистентность к проводимой антибактериальной терапии, проводился дифференциальный диагноз с онкологической патологией, специфическим инфекционным процессом, иммунодефицитом, интерстициальными заболеваниями легких, системными васкулитами, в крови титр серологических маркеров аутовоспаления (в частности АНЦА-отрицательные). Для уточнения характера морфологических изменений легких с диагностической целью выполнена биопсия легкого, гистологические изменения описанные двумя независимыми группами морфологов, в том числе в референсных лабораториях, укладываются в картину гранулематоза с полиангиитом. При повторном исследовании, несмотря на типичную морфологическую картину, титр серологических маркеров аутовоспаления (в частности АНЦА-отрицательные) не превышали референсных значений. Таким образом на основании клинических, рентгенологических данных и морфологического исследования биоптата легкого,

несмотря отрицательные значения серологических маркеров диагностирован Системный васкулит, гранулематоз с полиангиитом АНЦА-негативный с поражением легких. В связи с чем принято решение начать терапию системными глюкокортикостероидами (СГКС), цитостатическим препаратом (Метотрексат). На фоне терапии отмечается нормализация температуры тела, купирование болевого синдрома и клинико-лабораторных показателей. Через 3 месяца при плановом обследовании на МСКТ грудной клетки уменьшение ранее выявленных очагов, появление на их месте в ле-

вом легком воздушных полостей с перифокальными фиброзными изменениями, справа линейные фиброзные.

Заключение. В представленном клиническом случае у ребенка в предпубертатном периоде с АНЦА-негативным вариантом гранулематоза с полиангиитом, с преимущественным поражением легких, прогрессирующим течением, при отсутствии серологических маркеров АНЦА-васкулита, только биопсия легких позволила поставить диагноз. На сегодняшний день золотым стандартом диагностики ГВ остается биопсия пораженного участка.

АНАЛИЗ СЛУЧАЕВ ОБЩИХ РЕАКЦИЙ НА АЛЛЕРГЕН ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ РЕКОМБИНАНТНЫЙ У ДЕТЕЙ

Когония Михаил Баталович

Научный руководитель: к.м.н. Яровая Юлия Анатольевна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: callgonemisha@gmail.com

Ключевые слова: Диаскинтест; туберкулез; общая реакция; иммунодиагностика.

Введение. В настоящее время большое значение в массовой и индивидуальной диагностике туберкулезной инфекции у детей имеет проба с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (проба с АТР) [3,4]. Согласно официальной инструкции препарата Диаскинтест®, активным веществом которого является АТР в стандартном разведении, Специфичность данной пробы в отношении активных микобактерий туберкулеза (МБТ) составляет 100%, а чувствительность — более 90% случаев. Фармакологическое действие АТР обусловлено развитием у инфицированных МБТ лиц специфической кожной реакции, являющуюся проявлением гиперчувствительности замедленного типа. Кроме того, инструкция препарата предупреждает в отдельных случаях о возможном развитии побочных действий в виде: недомогания, головной боли, повышения температуры тела. Рядом авторов представлены наблюдения нежелательных реакций на пробу с АТР, которые проявлялись в виде общей реакции организма [1,2,5]. В связи с чем, актуальным является анализ развития общих реакций на пробу с АТР у детей с туберкулезной инфекцией.

Цель исследования. Анализ случаев развития общих реакций на аллерген туберкулезный рекомбинантный у детей с туберкулезной инфекцией.

Материалы и методы. Проведен анализ 15 историй болезней детей с туберкулезной инфекцией в возрасте от 2 до 14 лет, находившихся на лечении в СПб ГБУЗ Детская инфекционная больница № 3 за период 2017–2022 гг. Всем детям проведен комплекс углубленного фтизиатрического обследования с анализом эпидемического анамнеза, оценкой результатов специфической иммунодиагностики, результатов МСКТ органов грудной полости, инструментальных и лабораторных исследований.

Результаты. По результатам углубленной фтизиатрической диагностики у детей с развитием общих реакций на пробу с АТР, были диагностированы следующие варианты туберкулезной инфекции: большую долю составили пациенты с активным туберкулезом органов дыхания — 46,7% случаев (7 детей), пациенты, самопроизвольно перенесшие

туберкулез с остаточными посттуберкулезными изменениями (ОПТИ), составили 33,3% случаев (5 детей), дети с ЛТИ — 20,0% случаев (3 пациента). Данные эпидемического анамнеза показали, что все пациенты привиты против туберкулеза при рождении. В контакте с больным туберкулезом до госпитализации на отделение находились 2 ребенка с активным туберкулезом органов дыхания, 1 пациент с ОПТИ и 2 пациента с ЛТИ. У данных детей наблюдались следующие общие нежелательные реакции: повышение температуры тела до субфебрильной и фебрильной, максимально поднимающейся до фебрильной на 2–3 сутки после постановки пробы, миалгии, аллергические сыпи и отек Квинке. Как представлено в таблице, повышение температуры тела до субфебрильной и фебрильной наблюдалось у всех детей, переносящих активный туберкулез. Напротив, развитие аллергической сыпи, отека Квинке имело место у пациентов с ОПТИ либо с ЛТИ. Обращало внимание, что у всех детей с развитием аллергических реакций на пробу с АТР в анамнезе или на время обследования были выявлены аллергические заболевания или состояния.

Виды общих реакций на АТР	Дети с активным туберкулезом n = 7	Дети с остаточными посттуберкулезными изменениями n = 5	Дети с латентной туберкулезной инфекцией n = 3
Повышение температуры тела до субфебрильной и фебрильной	7	2	1
• в т.ч. с миалгией	2		
Аллергическая сыпь		2	2
Отек Квинке		1	

Выводы:

1. Развитие общих реакций на пробу с АТР чаще наблюдались у детей с активным туберкулезом (46,7% случаев, 7 детей из 15) составили 46,7% случаев (7 детей), чем у пациентов с ОПТИ и с ЛТИ — и в 33,3% случаев (5 детей) и в 20,0% случаев (3 детей) соответственно.

2. У всех детей с активным туберкулезом общая реакция на пробу с АТР наблюдалась в виде повышения температуры тела до фебрильных цифр.

3. У детей с ОПТИ и с ЛТИ общая реакция на АТР чаще наблюдалась в виде аллергических реакций (5 детей из 8-ми наблюдаемых).

4. У всех детей с развитием общих аллергических реакций на пробу с АТР в анамнезе или на время обследования были выявлены аллергические заболевания или состояния.

5. Для исключения риска развития серьезных осложнений аллергических реакций немедленно-го типа необходимо учитывать аллергологический анамнез детей, наблюдать пациентов не менее 30 минут после проведения пробы с АТР.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кривоших В.Н., Королюк А.М. Риск развития у детей непредвиденных реакций на аллерген туберкулезный рекомбинантный // Детские инфекции. 2016. Т. 15. № 1. С. 55–59.
2. Лозовская М.Э., Захарова О.П., Яровая Ю.А., Никифорова Н.А., Курова А.С., Двухлетнее применение пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным для выявления туберкулеза у детей в Санкт-Петербурге // Вестник Новгородского государственного университета. 2020. № 3 (119). С. 43–46.
3. Раннее выявление и профилактика туберкулеза в практике врача-педиатра. Лозовская М.Э., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Степанов Г.А., Яровая Ю.А. Учебно-методическое пособие для студентов VI курса педиатрического факультета / Санкт-Петербург, 2022. Сер. Библиотека педиатрического университета.
4. Яровая Ю.А., Акалайнен В.И., Егорова Т.Ю., Петленко И.С. Варианты общих реакций на пробу Диаскинтес // Медицина: теория и практика. 2019. Т. 4. № 5. С. 641–642.

МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФУНКЦИИ ВНЕШНЕГО ДЫХАНИЯ В ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С НЕРВНО-МЫШЕЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Белых Владимир Андреевич

Научный руководитель: к.м.н. Ключина Юлия Борисовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: Vladimir_belykh@mail.ru

Ключевые слова: нейромышечные заболевания; спирометрия; импульсная осциллометрия; диагностика.

Введение. Нервно-мышечные заболевания (НМЗ) — это условно выделяемая группа заболеваний, которые характеризуются нарушением функции мышц. Данные заболевания затрагивают периферическую нервную систему (спинальный нейрон, аксоны) и мышцы (в том числе нервно-мышечный синапс), имеют нередко сходные клинические проявления (мышечная слабость, гипотония, ограничение объема активных движений, вторичные скелетные деформации).

НМЗ являются прогрессирующими, обуславливающими инвалидизацию и приводящими к преждевременной смерти.

Согласно действующим федеральным клиническим рекомендациям (ФКР), всем пациентам с мышечной дистрофией Дюшенна (МДД), мышечной дистрофией Беккера, старше 6 лет, рекомендуется проведение исследования функции внешнего дыхания (ФВД) методом спирометрии (СП) с измерением всех основных показателей (жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ), форсированная жизненная ёмкость легких (ФЖЕЛ), объём форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1), пиковая объёмная скорость (ПОС) для выявления степени дыхательных нарушений).

Согласно ФКР, рекомендуется пациентам со спинальной мышечной атрофией 5q исследование неспровоцированных дыхательных объемов и потоков для определения степени тяжести дыхательных нарушений и выбора вида респираторной поддержки.

Определение ФЖЕЛ позволяет легко оценить прогрессирование слабости дыхательной мускулатуры, что помогает своевременно начать использовать методы усиления кашля, санации мокроты.

Однако до 60% детей с МДД имеют задержку психического развития и когнитивные нарушения. Методы оценки ФВД, не требующие активного участия пациента (такие, как импульсная осциллометрия (ИОМ)) в данной группе пациентов имеют преимущество. ИОМ — метод, не требующий выполнения максимальных и форсированных маневров, для определения общего дыхательного сопротивления (импеданса Z_x) и его составляющих

(резистанса (R_{rs}) и реактанса (X_{rs}) в диапазоне частот от 5 до 35 Гц).

Цель исследования.

1. Выяснить, какие методы исследования ФВД у детей с НМЗ, в том числе с легкими когнитивными нарушениями, наиболее доступны для выполнения.

2. Выявить, какие методы исследования у детей с НМЗ при отсутствии грубых распространенных изменений легочной ткани более информативны.

Материалы и методы. В консультативно-диагностическом центре для детей в 2015–2022 годах было обследовано 52 пациента с нервно-мышечными заболеваниями (миодистрофия Дюшенна (МД), Беккера, Томсена, Ландузи–Дежерина, спинально-мышечная атрофия (СМА), миастения), из которых было 6 девочек (11,5%) и 46 мальчиков (88,5%) от 7 до 17 лет. У пациентов проведена оценка ФВД методом ИОМ и СП (аппарат MasterScreen, Yeger (Германия)). Также 40 пациентам была выполнена оценка пиковой скорости кашля (ПСК).

Результаты. Значимость различий показателей ФВД (СП и ИОМ) у пациентов с НМЗ 7–17 лет при снижении и сохранении ЖЕЛ и ФЖЕЛ была оценена с помощью U-критерия Манна–Уитни.

1. ИОМ смогли выполнить 100% пациентов. СП смогли выполнить лишь 38 человек (73%). В то же время, ИОМ казалась малоинформативной для выявления нарушений ФВД при отсутствии грубых распространенных изменений легочной ткани.

2. Выполнить маневр для оценки ПСК для пациентов с НМЗ оказалось проще, чем маневр ФЖЕЛ (пиковая объёмная скорость (ПСК)). ПСК у большинства пациентов была выше, чем ПОС. Среди не выполнивших СП у 14% (2 человек) дополнительно получилось оценить ПСК.

Заключение. Таким образом, у детей с НМЗ на неамбулаторной стадии при отсутствии грубых распространенных изменений легочной ткани для диагностики нарушений ФВД метод ИОМ оказался неинформативен.

Маневр определения ПСК более доступен для выполнения у детей с НМЗ, в том числе с легкими когнитивными нарушениями, чем определение ФЖЕЛ.

ХИРУРГИЯ. АНЕСТЕЗИОЛОГИЯ И РЕАНИМАЦИЯ

АЖИТАЦИЯ И ДЕЛИРИЙ В ПЕРИОД ПРОБУЖДЕНИЯ ОТ АНЕСТЕЗИИ У ДЕТЕЙ: ЧТО МЫ ЗНАЕМ СЕГОДНЯ?

Колодяжная Виктория Игоревна

Научные руководители: д.м.н., профессор Александрович Юрий Станиславович, д.м.н., Гречаный Северин Вячеславович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра анестезиологии, реаниматологии и неотложной педиатрии ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: vi.kolodyazhnaya@gmail.com

Ключевые слова: анестезия; ажитация; делирий; период пробуждения от анестезии; периоперационный период.

Введение. Применение ингаляционного анестетика севофлурана связано с частым возникновением психических и поведенческих нарушений в период пробуждения от анестезии у детей, описываемых терминами, ажитация в период пробуждения от анестезии и делирий в период пробуждения от анестезии, которые в англоязычных источниках именуются, как emergence agitation и emergence delirium (от «emergence» — пробуждение от анестезии). До настоящего времени механизм их возникновения окончательно неясен, терминология и определения размыты и неточны. Однако за последние годы удалось достичь успехов в оценке рисков развития, разработке инструментов для их диагностики и внедрении фармакологических и нефармакологических способов профилактики развития данных состояний.

Цель исследования. Обобщить и систематизировать современные знания о проявлениях когнитивных и поведенческих нарушений в период пробуждения от анестезии севофлураном у детей. Изучить эволюцию представления о таких состояниях в свете изменения концепции выхода из анестезии. Рассмотреть этиологические факторы, доступные методы диагностики и механизмы профилактики.

Материалы и методы. Проведен несистематический обзор литературных источников. Для поиска использовались реферативные базы PubMed, JAMA Network, Europe PMC, Web of Science и Российский индекс научного цитирования за период с 1920 по 2022 гг. С целью поиска использовались ключевые слова «emergence agitation», «emergence excitation», «emergence delirium», «postoperative period», «postoperative delirium», «postanesthetic delirium», «emergence behaviour», «синдром постнаркозного возбуждения», «посленаркозное возбуждение», «постнаркозная ажитация». Также вы-

полнен поиск библиографических источников с помощью поисковых роботов Google, Google Scholar, DuckDuckGo по аналогичным ключевым словам либо их комбинациям с использованием логического оператора AND (с терминами «PACU», «sevoflurane», «children») или логического оператора NOT (с ключевыми словами «ICU», «tremens»). Дополнительно проводился поиск по электронным архивным каталогам фотокопий исторических статей Wood Library-Museum of Anesthesiology of American Society of Anesthesiologists и библиографический поиск по букинистическим изданиям.

Результаты. Подготовлен несистематический обзор литературы, в котором представлена история рассмотрения состояний ажитации и делирия в периоде пробуждения от анестезии, прослеживается изменение представлений о природе развития подобных осложнений выхода из анестезии в современной нейрофизиологической парадигме «активного пробуждения», обобщена классификация подобных состояний, рассмотрены основные диагностические инструменты и способы профилактики. В концепции мультидисциплинарного подхода обозначена проблематика терминологии и феноменологии, этиологии когнитивных и поведенческих нарушений при проведении анестезии севофлураном.

Заключение. Исследование обосновывает правомерность психопатологического подхода к когнитивным и поведенческим нарушениям в период пробуждения от анестезии у детей. Выявляет наиболее вероятные этиологические факторы, впервые в отечественной литературе аргументированно постулирует необходимость рассмотрения ажитации и делирия в периоде пробуждения от анестезии, как самостоятельных феноменологических проявлений особого состояния сознания ребенка возникающего в фазу пробуждения.

ПРОБЛЕМЫ ЭНТЕРАЛЬНОГО ПИТАНИЯ ПАЦИЕНТОВ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ПРОДЛЕННОЙ НЕИНВАЗИВНОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ ЛЕГКИХ

Чулкова Екатерина Сергеевна, Рочас Елена Александровна

Научный руководитель: к.м.н., Гавшук Максим Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: bogdanovaeadoc@gmail.com

Ключевые слова: неинвазивная искусственная вентиляция легких (НИВЛ); энтеральное питание; нутритивная поддержка; белково-энергетический дефицит; лицевая маска; дыхательная недостаточность.

Введение. Во время пандемии COVID-19 резко возросло количество больных, нуждающихся в респираторной поддержке (РП). Прямое повреждающее действие вируса на легочную ткань приводило к необходимости обеспечения адекватного газообмена посредством проведения искусственной вентиляции легких (ИВЛ) [1]. Во многих случаях степень дыхательной недостаточности (ДН) позволяла проводить РП посредством лицевой (ороназальной) маски без интубации трахеи, что, несомненно, является физиологичным способом, однако, продленная неинвазивная вентиляция легких (НИВЛ) поставила перед сообществом анестезиологов-реаниматологов новую задачу: проведение энтерального питания (ЭП) на фоне продолжающейся респираторной поддержки. Нерешенную проблему ведения больных с ДН составила потребность временного прекращения НИВЛ для приема пищи [2]. Возрастание функциональной нагрузки в период отлучения от лицевой маски приводит к истощению собственных респираторных резервов и декомпенсации ДН [3]. По данным Bendavid I., Singer P., в первый день НИВЛ, энтеральное питание не получали 40% больных [4]. По результатам исследований ряда авторов, белково — энергетический дефицит у пациентов, нуждающихся в проведении длительной НИВЛ по всему миру, может достигать 90% [5]. ЭП больных в ослабленном состоянии позволяет проводить сбалансированную нутритивную поддержку, избегать развития отрицательного азотистого баланса, прогрессирующей саркопении, микробной транслокации, атрофии слизистой, а отсутствие необходимости отлучения пациента от НИВЛ для приема пищи, могут оказать положительное влияние на исходы, течение заболевания и период реабилитации [6–8]. Следует отметить, что неадекватная нутритивная поддержка ослабленных пациентов достоверно ведет к ухудшению функциональных исходов, увеличению показателей летальности, зависимости от ИВЛ, пребывания в ОРИТ и снижению качества жизни после выписки из стационара [3].

Цель исследования. Решение проблемы энтерального питания у пациентов, получающих продленную НИВЛ.

Материалы и методы. Проведен анализ литературы, смоделирована методика НИВЛ на манекене Resusci Anne Q CPR с использованием лицевой маски для НИВЛ на аппарате ИВЛ [9].

Результаты. Разработано приспособление и подана заявка на изобретение — лицевая маска для НИВЛ, имеющая в составе отдельный порт для зонда. Смоделирована методика проведения энтерального питания на манекене во время проведения НИВЛ. Таким образом, оригинальное приспособление позволяет проводить ЭП пациентам, получающим продленную НИВЛ в положении на спине и в прон-позиции, что показало свою актуальность в условиях пандемии COVID-19. Герметизирующий механизм порта обеспечивает непроницаемость маски для газа в области стыка, сохранение и функционирование просвета питательной трубки, которая не формирует пролежней и не травмирует мягкие ткани, а также при правильной настройке режима вентиляции, сводит к минимуму поступление воздуха в желудок.

Выводы. 1. Энтеральное питание больных, находящихся на длительной вентиляции легких способствует восполнению белково-энергетических потребностей и обеспечивает благоприятные условия терапии в отделениях реанимации. 2. Разработанное изобретение лицевой маски с портом для зонда позволяет проводить энтеральное питание при неинвазивной искусственной вентиляции легких как в положении на спине, так и в прон-позиции без отлучения больного от респираторной поддержки.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лейдерман И.Н., Грицан А.И., Заболотских И.Б., Крылов К.Ю., Лебединский К.М., Мазурок В.А., Николаенко Э.М., Ярошецкий А.И. Метаболический контроль и нутритивная поддержка у пациентов на длительной искусственной вентиляции легких

- (ИБЛ). Клинические рекомендации // Анестезиология и реаниматология. 2019. № 4.
2. Энтеральное питание в паллиативной медицине у детей / А.Н. Завьялова, А.В. Гостимский, О.В. Лисовский [и др.] // Педиатр. 2017. Т. 8, № 6. С. 105–113. DOI 10.17816/PED86105-113. EDN YNUHXT.
 3. Zhang X., Zhang X., Zhu Y., et al. Predictive Value of Nutritional Risk Screening 2002 and Mini Nutritional Assessment Short Form in Mortality in Chinese Hospitalized Geriatric Patients. Clin Interv Aging. 2020; 15: 441–9. DOI: 10.2147/CIA.S244910. eCollection 2020.
 4. Bendavid I., Singer P., Theilla M. et al. NutritionDay iCU: a 7 year worldwide prevalence study of nutrition practice in intensive care. Clin Nutr. 2017;36(4):1122–9. DOI:10.1016/j.clnu.2016.07.012.
 5. Пасечник И.Н. Нутритивная поддержка больных новой коронавирусной инфекцией. CardioСоматика. 2021; 12 (2): 102–109. DOI: 10.26442/22217185.2021.2.200858.
 6. Петрова М.В., Шестопалов А.Е., Ильина А.А., Куценко А.Э., Макарова В.В., Кузьмина И.В. Дифференцированная нутритивная поддержка пациентов с тяжёлыми формами течения COVID-19 // Клиническое питание и метаболизм. 2021. Т. 2, No 4. С. 192–201. DOI: <https://doi.org/10.17816/clinutr101434>.
 7. Лисовский О.В., Гостимский А.В., Лисица И.А., Завьялова А.Н., Карпатский И.В., Гавщук М.В., Гецко Н.В. Организация лечебного питания в медицинской организации. Учебное наглядное пособие для студентов 1 и 2 курсов по специальностям «Педиатрия», «Лечебное дело», «Стоматология», «Медико — профилактическое дело», «Сестринское дело» / Санкт-Петербург, 2022. Сер. Библиотека педиатрического университета. 60с. EDN: RYHOTG.
 8. Влияние пищевого субстрата и способа кормления на компонентный состав тела у пациентов с церебральным параличом / Д.О. Иванов, А.Н. Завьялова, В.П. Новикова [и др.] //Профилактическая и клиническая медицина. 2022. № 3(84). С. 15–27. DOI 10.47843/2074-9120_2022_3_15. EDN LMEBOS.
 9. Гостимский А.В. Организация симуляционного обучения в СПбГПМУ / А.В. Гостимский, Ю.В. Кузнецова, О.В. Лисовский // Педиатр. 2015. Т. 6, № 3. С. 118–122. EDN VBUCZF.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПЕРСИСТИРУЮЩЕГО ГИПЕРПАРАТИРЕОЗА

Гущина Ольга Борисовна

Научные руководители: д.м.н., профессор Кузьмичев Александр Сергеевич, к.м.н. Богатилов Александр Александрович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: olga-gushchinal@mail.ru

Ключевые слова: гиперпаратиреоз; околощитовидные железы; гиперкальциемия; паратгормон; хирургическое лечение.

Введение. Околощитовидные железы (ОЩЖ) обычно расположены в области шеи и прилежат к ткани щитовидной железы (ЩЖ). Эти железы вырабатывают паратиреоидный гормон (ПТГ), который участвует в регуляции концентрации кальция и фосфора в крови. Повышение продукции ПТГ называется гиперпаратиреозом. Первичный гиперпаратиреоз (ПГПТ) — это третье по распространенности эндокринное заболевание. Причиной ПГПТ. В 70–80% случаев является единичная аденома околощитовидной железы (ОЖ), и только 20–30% случаев приходится на мультиглангулярное заболевание. Единственный способ лечения ПГПТ — это удаление паратиреоиды. Терапевтический успех операции характеризуется нормализацией уровней кальция и ПТГ. Хирургическое лечение эффективно у 94–96% пациентов. Персистирующий или рецидивирующий ПГПТ выявляется лишь у 1–6% всех пациентов с ПГПТ. Персистирующий гиперпаратиреоз диагностируется при появлении гиперкальциемии в течение 6 месяцев после операции. В случаях рецидива ПГПТ гиперкальциемия повторно выявляется не раньше, чем через 6 месяцев после хирургического вмешательства, хотя часто диагностируется гораздо позднее. При выявлении персистирующей или рецидивирующей форм ПГПТ обычно проводится повторная операция. Для выполнения как первичных, так и повторных хирургических вмешательств, необходима максимально точная дооперационная топическая диагностика

Цель исследования. Проанализировать причины повторных операций при ПГПТ и представить успешный опыт лечения больных с персистирующим гиперпаратиреозом.

Материалы и методы. Исследование проводилось на клинических базах кафедры госпитальной хирургии СПбГМУ: в хирургическом отделении СПбГБУЗ «Городская Мариинская больница» и 2-м хирургическом отделении СЗОНКЦ им. Л.Г. Соколова. Был проведен анализ результатов обследования и хирургического лечения 8 пациентов в возрасте от 21 до 82 лет. Для оценки состояния

пациентов применялись стандартные и специальные лабораторные и инструментальные методы исследования. Дополнительно определялись показатели содержания в крови общего и ионизированного кальция, фосфора, щелочной фосфатазы, ТТГ, Т3, Т4, паратиреоидного гормона (ПТГ). Для визуализации паратиреоиды применялись ультразвуковое исследование (УЗИ), сцинтиграфия ОЩЖ с технитрилом, при необходимости мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) шеи и средостения, ОФЭКТ-КТ.

Результаты. Анализ результатов хирургического лечения пациентов с ПГПТ показал, что в 8 собственных наблюдениях после операции сохранялась стойкая гиперкальциемия и повышение уровня паратгормона. У 2 пациентов этой группы дополнительное обследование, включавшее ОФЭКТ-КТ, не выявило очагов гиперфиксации, и они были оставлены для наблюдения с диагнозом бессимптомная форма гиперпаратиреоза. Еще одна пациентка отказалась от повторного обследования, мотивируя отказ хорошим самочувствием. Повторные оперативные вмешательства были выполнены 5-ти пациентам с диагнозом персистирующий гиперпаратиреоз. Первая операция 4 пациентам была выполнена в наших клиниках, одному — в другом лечебном учреждении.

Заключение. Результаты нашего исследования показали, что основной причиной персистирования гиперпаратиреоза являются неадекватный объем первичной операции и эктопия паратиреоидной аденомы в верхнее средостение. Использование в сложной диагностической ситуации высокотехнологичных методов исследования: ОФЭКТ-КТ и мультиспиральной КТ, позволяет выполнить точную топическую диагностику эктопированной аденомы ОЩЖ и выбрать оптимальный метод хирургического вмешательства. Использование роботизированной системы DaVinci позволило удалить медиастинально расположенную аденому ОЩЖ с минимальной хирургической травмой и хорошим косметическим эффектом, а также сократить послеоперационный койко-день.

КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА НА ФОНЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Испарёва Евгения Александровна

Научный руководитель: к.м.н, доцент Федотова Елена Владимировна

Северный государственный медицинский университет. 163001. г. Архангельск, пр. Троицкий 51. isparevae@gmail.com

Ключевые слова: новая коронавирусная инфекция; желудочно-кишечные кровотечения; летальность.

Введение. Новый штамм коронавируса (COVID-19) идентифицирован в 2019 году, явился причиной тяжелого респираторного заболевания у людей, признан в 2020 году пандемией. На базе ГБУЗ АО «Северодвинская городская клиническая больница № 2 СМП» 03 июля 2020 года был создан ковидный госпиталь. Врачи столкнулись с малоизученной патологией, поражающей преимущественно легкие. При этом не изучены вопросы, касающиеся особенностей поражения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при данной патологии, связь с тяжестью поражения легких, развитие осложнений со стороны ЖКТ у пациентов с COVID-19.

Цель исследования. Изучение особенностей поражения ЖКТ при COVID-19.

Материалы и методы. Ретроспективно проанализированы 75 зарегистрированных случаев желудочно-кишечного кровотечения у 56 пациентов, которые находились на лечении в ГБУЗ АО «СГКБ № 2 СМП» из них с идентифицированным лабораторно вирусом COVID-19 — 40, с диагностированной по данным КТ — исследования вирусной пневмонией — 16 за период с 05.06.2020 по 05.06.22 гг. Статистический анализ проводился с использованием пакета прикладных статистических программ STATA 12.1. При анализе использованы общеизвестные и широко применяющиеся в научных исследованиях статистические понятия: «среднее значение», «стандартное отклонение», медианы (Me), соответствующие 10-му и 90-му процентиллям (P10 -P90), критерий χ^2 Пирсона, t-критерий для несвязанных групп. В качестве критерия статистической значимости была выбрана вероятность случайной ошибки менее 5% ($P < 0,05$). Средний возраст пациентов составил $66,6 \pm 15,1$ лет $Me = 67,5$; $Q_{25}-Q_{75} = 60,0-80,0$. По возрастному распределению на первом месте (30,4%) — это люди от 60 до 70 лет, втором (28,6%) — от 80 до 90 лет. Меньше всего пациентов от 20 до 30 (1,8%) и от 30 до 40 лет (1,8%) — и составило по одному пациенту на группу. По гендерному признаку: мужчин 35 (62,5%), женщины 21 (37,5%). Летальность составила — 67,9% и не зависела от возраста ($r = -0,3579$ $p = 0,094$) и пола ($r = -0,0782$ $p = 0,723$) пациентов. Поражение ЖКТ оценивалось при ЭГДС, ФКС, выполняемых на

видеоэндоскопическая система экспертного класса фирмы «Олимпус» EVIS EXERA III. Аппаратура, сочетающая в себе самые новейшие технологии с изображением HDTV качества, визуализацией NBI. РСКТ органов брюшной полости выполнялось на мультисрезовом КТ — сканере Toshiba Aquilion 16, с коллимацией — 1 мм, напряжением — 120 кВ, mAs автоматически. Время сканирования при 360 градусах — 0,5 секунды, без контрастного усиления, в аксиальной плоскости. Реконструкция многоплоскостная толщина слоя 1 мм.

Результаты. Наиболее часто патологические изменения выявлялись в желудке (40% случаев) и характеризовались эрозивно-язвенным процессом. Реже — кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода (1,3%). Кровотечения в пищеводе и двенадцатиперстной кишке так же было представлены эрозивно-язвенным процессом и составили 17,0% и 18,7% соответственно. Средний возраст — $68,8 \pm 15,0$, $Me = 67,5$; $Q_{25}-Q_{75} = 62,5-70,6$, мужчины 62,5%, женщины — 37,5%. Летальность в этой подгруппе 62,5% и не зависит от пола ($r = -0,0782$; $p = 0,723$) и возраста ($r = 0,3010$ $p = 0,163$) пациентов. Основные клинические проявления поражения ЖКТ — это кровотечение, подтвержденное при ФГДС. При стратификации по Форрест (F) эта патология выявляется как состоявшееся кровотечение, стабильный гемостаз без наших активных действий, FIIc, FIII — у 47,5% пациентов. Кровотечение «в ходу»: 30,5% (FIIa-5,1%, FIIb-25,4%), свершившееся, но нестабильный гемостаз — 14,3% (FIIa-4,8%, FIIb-9,5%) — все эти случаи требовали либо лечебного, либо профилактического эндогемостаза. В качестве основного метода эндогемостаза использовалась аргонплазменная коагуляция. В одном случае ЖКК применялась система Endoclos, в другом случае потребовалось оперативное лечение: лапаротомия, гастротомия, прошивание кровоточащего сосуда. Отклонения от референсных значений были отмечены в показателях МНО — 4,33, не выявлено корреляции между смертностью и МНО ($r = 0,1661$, $p = 0,438$). Среднее значение D-димера — 1244,66 нг/мл на момент фиксации случая кровотечения. Отмечено повышение фибриногена (370,25 г/л), у пациентов с covid — ассоцииро-

ванной пневмонией. Значения прокальцитонина (7093,41 нг/мл), С-реактивного белка (304,5) так же повышены, что может говорить о тяжелом синдроме системного воспалительного ответа и ДВС — синдроме. АЧТВ составило 45,5 сек, корреляции с летальностью не отмечено ($r=0,1396$ $p=0,525$). Показатели ферритина — 945,79 мкг/л (выше нормы) и имеет корреляцию с летальным исходом ($r=0,5427$ $p=0,007$). Средний показатель тромбоцитов на момент регистрации ЖКК — $277,83 \times 10^9$. При обобщении случаев ЖКК на раннем этапе прослеживалась зависимость летального исхода от тяжести поражения лёгких. Однако по мере накопления данных

определено, что летальность не коррелирует с тяжестью поражения легочной ткани.

Выводы. COVID-19 может сопровождаться поражением ЖКТ, как проявлением самого COVID-19, так и осложнением тяжелого течения заболевания ЖКТ. В нашем исследовании большинство пациентов принадлежат к старшей возрастной группе ($68,8 \pm 15,0$ лет), в гендерном распределении преобладают мужчины (62,5%). Коагулопатия при COVID-19 характеризуется изменениями системы свертывания крови в виде повышения концентрации D-димера, умеренного снижения тромбоцитов, удлинения АЧТВ, повышение фибриногена.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РАЗРЫВА ХОЛЕДОХА С РАЗЛИТЫМ ЖЕЛЧНЫМ ПЕРИТОНИТОМ У РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА

Капустин Евгений Анатольевич

Научные руководители: д.м.н., профессор Турабов Иван Александрович, к.м.н. Бордиян Сергей Геннадьевич

Северный государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии.

163069, г. Архангельск, пр. Троицкий, д. 51. E-mail: zhekos18@gmail.com

Ключевые слова: холедох; желчные пути; перфорация; желчный перитонит; диагностика; лечение.

Введение. Перфорация наружных желчных путей — крайне редкая патология у детей. В мировой литературе описаны единичные случаи лечения. Проблема данного заболевания заключается в сложности дооперационной диагностики и отсутствии единого подхода к лечению.

Цель исследования. Рассмотреть особенности клинической картины перфорации холедоха с разлитым желчным перитонитом у ребенка раннего возраста, сложность постановки диагноза и лечения больного, а также изучить данные мировой литературы по данной проблеме.

Материалы и методы. Нами был проведен анализ истории болезни ребенка — девочки 1 года 10 месяцев. Известно, что заболевание началось остро, с повышения температуры тела, рвоты, жидкого стула за 3 суток до поступления в стационар. При поступлении по данным общего анализа крови отмечались лейкопения ($5,0 \times 10^9/\text{л}$), по данным общего анализа мочи — повышение уровня белка (0,33 г/л), следы слизи и бактерий. По результатам рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) — инфильтративных изменений нет; рентгенографии органов брюшной полости (ОБП) — свободного газа в брюшной полости, горизонтальных уровней нет. За время наблюдения в инфекционном отделении (около 5 часов) появилось выраженное беспокойство, вздутие живота, подъем температуры тела до $37,2^\circ\text{C}$. В динамике отмечалось вздутие живота, болезненность во всех отделах, патологических образований не определялось, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтика вялая, живот выше реберных дуг. При постановке газоотводной трубки получены следы стула желтого цвета. Девочка была осмотрена хирургом, заподозрена острая хирургическая патология, установлены показания к диагностической лапароскопии. По данным диагностической лапароскопии диагностирован билиоперитонеум: желчь аспирирована в объеме 1 литра, взята на посев. На сальнике в эпигастрии определялись наложения желчи. Выполнена лапаротомия, во время которой выявлена выраженная инфильтрация гепатодуоденальной

связки, прокрашена темно-оливковой желчью. Выполнена её ревизия. На передней стенке холедоха выявлена перфорация до 5 мм, откуда в брюшную полость поступала желчь. Произведена холецистэктомия. Через культю пузырного протока в холедох установлен дренаж диаметром 1 мм. Дренаж фиксирован к культе кисетным швом, выведен на переднюю брюшную стенку. Перфорация холедоха ушита непрерывным швом. После операции ребенок находился в отделении анестезиологии и реанимации, где ему проводилась антибактериальная терапия, противогрибковая терапия, инфузионная терапия, протеолитическая терапия, симптоматическая терапия, обезболивание, динамическое наблюдение. Переведена в хирургическое отделение на 4 сутки после операции. В период нахождения в хирургическом отделении продолжалась инфузионная терапия, симптоматическая терапия, гепаринотерапия, антибактериальная терапия, обезболивание. Дренажи из холедоха и брюшной полости удалены на 15-е и 16-е сутки после операции соответственно.

Результаты. Ребенок был выписан из стационара с диагнозом «Перфорация холедоха, разлитой желчный перитонит» в удовлетворительном состоянии на 20-е сутки после операции. Показатели общего и биохимического анализа крови на момент выписки соответствовали норме. Девочка была обследована амбулаторно через 3 и 6 месяцев после операции. По результатам УЗИ органов брюшной полости, общего анализа крови и биохимического анализа крови патологии не выявлено.

Заключение. По последним данным, в литературе описано порядка 187 случаев спонтанной перфорации холедоха. Авторами отдельно отмечается, что за прошедшие 7 лет количество случаев билиарной перфорации у детей удвоилось. В локализации перфорации превалировало место слияния пузырного и общего печеночного протоков, в эту же группу был включен и собственно печеночный проток. Учитывая низкую встречаемость информации о данной патологии в мировой литературе, нет единого подхода к лечению билиарной перфо-

рации у детей. Исходя из имеющихся данных, на сегодняшний день имеется опыт различных подходов к лечению данной патологии. Избирается как минимально инвазивная тактика, редуцированные оперативные вмешательства, направленные на наружное дренирование желчных путей или прицельной установки дренажа брюшной полости в

области ворот печени, так и полномасштабные операции, направленные на ушивание перфорации или выполнение реконструкции. Описанный нами клинический случай подтверждает факт неоднозначности клинической картины, сложности дооперационной диагностики и выявления перфорации только интраоперационно.

ВАРИАНТЫ КИШЕЧНЫХ АНАСТОМОЗОВ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ

Костина Наталья Олеговна

Научные руководители: Владислав Викторович Светлов, Юрий Феликсович Бревдо, Сергей Валентинович Трухачев, Галина Николаевна Румянцева

Тверской государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии. 170100, г. Тверь, ул. Ивана Седых, д. 1.
E-mail: rummyantsevagn@yandex.ru

Ключевые слова: врожденная кишечная непроходимость; виды анастомозов; лечение.

Введение. Врожденная кишечная непроходимость продолжает оставаться одной из актуальных проблем в хирургии новорожденных. Различные формы кишечной непроходимости требуют индивидуализированного подхода к хирургическому лечению.

Цель работы. Проанализировать варианты (технику) наложения кишечных анастомозов у детей с врожденной кишечной непроходимостью

Материалы и методы. С 2000 по 2022 гг. в хирургическое отделение ДОКБ поступило 71 новорожденных с врожденной кишечной непроходимостью: преобладали мальчики — 62%, в 18% случаев наблюдался осложненный акушерский анамнез, 23% были недоношенные. Множественные пороки развития выявлены у 9 новорожденных. В этой группе отмечались врожденные пороки сердца и синдром Дауна, у 2 больных была атрезия пищевода, у 3 — атрезия ануса и прямой кишки.

Результаты. При высокой кишечной непроходимости чаще встречались: атрезия 12ПК — 18, мембрана 12ПК — 13, кольцевидная поджелудочная железа — 7. В структуре нижней кишечной непроходимости преобладали атрезия и заворот, стеноз подвздошной кишки — 21, множественные атрезии тонкого кишечника — 2, мембраны тонкого и толстого кишечника — 10. Были выполнены следующие анастомозы: Т-образный анастомоз — 15, конец в конец — 10, конец в бок — 7, бок в бок — 1, дуодено — дуоденоанастомоз 35, из них по Кимуре — 13. Операции при дуоденальной непроходи-

мости до 2013 года выполнялись лапаротомически — 25 пациентов, с 2014 года методом выбора при атрезии двенадцатиперстной кишки является анастомоз по Кимуре — 13 пациентов, выполненный у 4 лапароскопически. При низкой кишечной непроходимости операции осуществлялись одномоментно путем лапаротомии с выполнением «Т-образного» (15) анастомоза, «конец в конец» (10), «конец в бок» (7), «бок в бок» (1). Разгрузочные стомы (тонкокишечные) при «Т-образном» анастомозе подвергались закрытию через 2–4 недели, а толстокишечные через 3–4 месяца. Соблюдался индивидуализированный подход к каждому ребенку в зависимости от стабильности состояния, уровня расположения стомы. Закрытие стомы проводилось внебрюшинно с использованием рассасывающегося материала Викрила 5.0. В послеоперационном периоде наблюдался летальный исход у 5 детей с множественными пороками развития.

Выводы. Многообразные формы врожденной кишечной непроходимости у новорожденных обуславливают применение различных методик оперативного вмешательства на желудочно-кишечном тракте. Усовершенствование техники лапароскопического вмешательства позволило отдать предпочтение при непроходимости двенадцатиперстной кишки методике Кимуре. При врожденной низкой кишечной непроходимости и значительной разнице диаметров приводящего и отводящего отделов толстого кишечника методом выбора является «Т-образный» анастомоз.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МАЛОИНВАЗИВНЫХ ПУНКЦИОННЫХ ХИРУРГИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ ГНОЙНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ДЕТЕЙ

Максюта Кристина Григорьевна

Научные руководители: Румянцева Галина Николаевна, Горшков Антон Юрьевич, Казаков Александр Николаевич
Тверской государственный медицинский университет. Кафедра детской хирургии.
170100, г. Тверь, ул. Ивана Седых, д. 1. E-mail: rummyantsevagn@yandex.ru

Ключевые слова: гнойные осложнения; острый аппендицит; пункционные методы.

Введение. Несмотря на достижения хирургической техники и медикаментозных методов лечения, послеоперационные абсцессы остаются одной из наиболее распространенных форм осложнений после хирургических вмешательств на органах брюшной полости. По данным Coelho (2017), R. Vicchio (2016), послеоперационные гнойные осложнения возникают в 1,3–20% случаев хирургических вмешательств на органах брюшной полости (Hu, Zhang, 2016). Традиционно для лечения абсцессов брюшной полости используются открытые методы санации с ревизией и дренированием. При такой хирургической тактике риск рецидива достаточно высок и составляет 6–75% (I. Norton, 2001), что требует повторного оперативного вмешательства, увеличивающего риск летальности до 50% (Лукьянов А.В., 2007). В настоящее время наблюдается интенсивное внедрение пункционно — дренирующих методик под контролем ультразвука для лечения абсцессов брюшной полости, так как они обладают существенными преимуществами по отношению к открытым классическим методикам. УЗИ доступно, широко распространено, высокоинформативно, имеет большую диагностическую точность у пациентов с формирующимися абсцессами брюшной полости, особенно при их межпетлевой локализации. Метод позволяет многократно и полипозиционно оценить зону интереса. Наибольшую сложность для УЗИ представляет парез кишечника, так как газ является препятствием для ультразвуковых волн. С помощью УЗИ и доплеровского сканирования возможно достаточно точно установить глубину и распространенность патологического процесса, определить бессосудистую зону. Все перечисленное позволяет использовать УЗИ не только как диагностический метод, но и как лечебный.

Цель исследования. Совершенствование технологий интервенционной хирургии с использованием ультразвукового оборудования в лечении гнойных осложнений острого аппендицита.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов лечения 15 детей в возрасте от 2 до 17 лет с применением малоинвазивных вмешательств, находившихся на лечении в отделении гнойной хирургии ГБУЗ ДОКБ г. Твери в 2019–2022 гг. с диагнозами: аппендикулярный инфильтрат брюшной полости в стадии абсцедирования (7) и абсцесс брюшной полости (8).

Результаты. Лечебные пункционные малоинвазивные вмешательства выполнены семи детям. Из них двум абсцесс малого таза пунктирован через прямую кишку под ультразвуковой навигацией, лечебная пункция абсцесса осуществлена однократно с промыванием полости гнойника растворами антисептиков (пять больных), у двух пункции выполнены повторно (2 и 3 раза соответственно). Чрескожное дренирование под контролем УЗИ применено у пяти пациентов, трем детям с многочисленными абсцессами брюшной полости и малого таза использовались как пункционные, так и методы чрескожного дренирования. Максимальное количество абсцессов (8) брюшной полости было у одного ребенка 10 лет. Показаниями для пункции абсцессов брюшной полости явились: эхографические признаки абсцесса (наличие капсулы и неоднородного внутреннего содержимого), хороший акустический доступ и объем гнойника более 25 мл. Проводились ежедневные промывания полости гнойника растворами антисептиков. При проведении малоинвазивных вмешательств осложнений не получено. Все дети выписаны из стационара с выздоровлением (7 пациентам рекомендована плановая госпитализация для аппендэктомии).

Выводы. Малоинвазивные методы лечения абсцессов брюшной полости у детей под контролем УЗИ обладают высокой эффективностью. Их использование способствует более быстрому излечению пациентов, предотвращает более травматичные операции.

ОПЕРАЦИЯ ЗАМЕННОГО ПЕРЕЛИВАНИЯ КРОВИ В НАШИ ДНИ: ВРЕД ИЛИ СПАСЕНИЕ?

Молодкина Анастасия Аркадьевна

Научный руководитель: ассистент Калгина Светлана Евгеньевна

Ярославский государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии института непрерывного профессионального образования. 150000, г. Ярославль, ул. Революционная, д. 5. E-mail: svetikprav311283@yandex.ru

Ключевые слова: неонатальная желтуха неутонченная; новорожденные; лечение; диагностика.

Введение. К раннему появлению и быстрому нарастанию желтухи у новорожденного следует относиться, как к потенциально опасному заболеванию. Атипичные желтухи, особенно с поздним началом и высоким пиком, нередко становятся проблемой, так как не ожидаются врачом, поздно диагностируются, поэтому и лечение может запаздывать. В настоящее время эффективный метод терапии патологической непрямой желтухи — фототерапия. Но до сих пор существуют ситуации, которые требуют более радикального подхода — операцию заменного переливания крови.

Цель исследования. Показать особенности нетипичного течения непрямо конъюгационной неонатальной желтухи у абсолютно доношенного новорожденного с необходимостью операции заменного переливания крови (ОЗПК).

Материалы и методы. Представлен клинический случай ОЗПК при конъюгационной неонатальной желтухе у абсолютно доношенного новорожденного.

Результаты. Ребенок от V беременности, 5-х родов. Беременность протекала на фоне легкой анемии у женщины, титр антирезусных антител был 1:64. Группа крови матери A(II) Rh (–). Первые три беременности были от резус-отрицательного отца. При четвертой беременности родился резус-положительный мальчик. Антирезусный иммуноглобулин не вводился из-за отказа матери. Наша пациентка родилась в 40 недель гестации, массой 4010 г, длиной 51 см. Группа крови ребенка A(II) Rh (+). Общий билирубин пуповинной крови 44,5 мкмоль/л, эр. $6,0 \times 10^{12}$, Hb 218 г/л, Ht 55,4, ретикулоциты 0,4%. Реакция Кумбса положительная. То есть были основания для диагностики гемолитической болезни новорожденного (ГБН) с конфликтом по резус — фактору. Однако, в первые двое суток состояние было удовлетворительным: кожные покровы розовые, печень и селезенка не увеличены. Чрезкожное исследование уровня билирубина билитестом в 1 сутки — 10, во 2-е — 19, эр. $5,6 \times 10^{12}$, Hb 201 г/л, Ht 51, ретикулоциты 1,0%. В возрасте 58 часов жизни (2,5 суток) обнаружена желтуха 3 степени по шкале Крамера. Чрезкожное

исследование уровня билирубина билитестом — 36. Билирубин венозный общий — 317 мкмоль/л, прямой — 5,37 мкмоль/л, однако эр. $5,3 \times 10^{12}$, Hb 189 г/л, Ht 50,1, ретикулоциты 0,6%. Состояние оставалось удовлетворительным. Выставлен диагноз: Неонатальная желтуха неутонченная, патологическая, «непрямая». Начата непрерывная интенсивная фототерапия 2-мя лампами. В возрасте 70 часов жизни (около 3-х суток жизни) уровень общего билирубина несколько увеличился — 340 мкмоль/л, прямого — 5,48 мкмоль/л, эр. $5,2 \times 10^{12}$, Hb 180 г/л, Ht 47,8, ретикулоциты 0,6%. Фототерапия продолжена, интенсивность усилена добавлением 3-ей лампы фототерапии. В возрасте 82-х часов жизни (3,5 суток) общий билирубин стабилен, не снижался на фоне интенсивного лечения — 343 мкмоль/л, эр. $4,8 \times 10^{12}$, Hb 180 г/л, Ht 46,3, ретикулоциты 0,6%. По клиническим рекомендациям показаний к ОЗПК по — прежнему не было, интенсивная фототерапия продолжена. В возрасте 96 часов жизни (4 суток) состояние средней тяжести, самочувствие не страдало, признаков билирубиновой интоксикации не было. Общий билирубин венозной крови — вновь несколько вырос — 380,6 мкмоль/л, но явных признаков гемолиза не было: в общем анализе крови эр. $5,6 \times 10^{12}$, Hb 178 г/л, Hb 201 г/л, Ht 45,7, ретикулоциты 0,6%. Продолжена интенсивная фототерапия в открытой реанимационной системе тремя лампами. Выполнены НСГ и УЗИ органов брюшной полости — патологии не выявлено. В возрасте 108 часов жизни (4,5 суток), несмотря на проведение интенсивной фототерапии, общий билирубин увеличился до 410,3 мкмоль/л. В общем анализе крови впервые выявлена нормохромная анемия легкая: эр. $3,9 \times 10^{12}$, Hb 136 г/л, Ht 35, ретикулоциты 1,7%. Данные показатели «красной крови» не убедительны в отношении гемолиза при столь высоком билирубине, скорее их можно объяснить флеботомическими потерями (анализы венозной крови на уровень билирубина и другие повторялись довольно часто). Нерезко выраженный гемолиз, как известно, может сопровождать и проводимую продолжительную очень интенсивную фототерапию. По шкале Bhutani

(клинические рекомендации РОН по непрямой гипербилирубинемии и ГБН) в возрасте 108 часов жизни общий билирубин 410,3 мкмоль/л является показанием для проведения ОЗПК (перед началом операции — 414 мкмоль/л). После операции достигнуто двукратное снижение общего билирубина: 197,2 мкмоль/л, т.е. ОЗПК эффективна. Продолжена фототерапия. Через 12 часов после ОЗПК билирубин 177,2 мкмоль/л, Hb 213 г/л, Ht 55, ретикулоциты 5%. Дальнейшее течение гипербилирубинемии было обычным. Девочка наблюдалась ещё в течение 10 дней. При выписке состояние удовлетворительное, по органам без патологии, общий билирубин венозной крови — 134 мкмоль/л, почти весь в непрямой фракции, Hb 130 г/л, Ht 35,6, ретикулоциты 5%. Таким образом, до 4-х суток жизни по анализу крови признаков гемолиза выявить не удалось, хотя в крови женщины к родам определялись антирезусные антитела, проба Кумбса у ребёнка при рождении была положительной и диагноз ГБН был вероятным. В тоже время гипербилирубинемия резко прогрессировала, то есть следовало думать о выраженной конъюгационной желтухе. Известно, что подобные состояния с очень высокими цифрами «непрямого» билирубина характерны для небольшого числа заболеваний: синдромов Кригльера — Наяра I–II типов и Люцея–Дрискола, а также желтухи материнского молока. К сожалению, гене-

тического исследования не проведено. Однако, благоприятное течение болезни после ОЗПК позволяет наиболее вероятным диагнозом считать желтуху от материнского молока.

Заключение. Непрямая гипербилирубинемия является одним из наиболее частых транзиторных и патологических состояний, требующих повышенного внимания врачей к диагностике ее причины и своевременной терапии. Клинический пример, вероятно, не однозначен в трактовке. Он хорошо показывает трудности клинициста при принятии решения о лечебной тактике при гипербилирубинемии и способе профилактики билирубиновой энцефалопатии. ОЗПК — технически сложная в проведении процедура, которая имеет высокий риск критических осложнений для новорожденного. При внедрении клинических рекомендаций по ранней диагностике и терапии неонатальных желтух, наличии современных возможностей фототерапии, показания к ней резко уменьшились. Однако сохраняются редкие случаи, которые требуют хирургического лечения. Вопрос о том, вред это или спасение, остается открытым. ОЗПК, это скорее всего, крайняя мера, которая может иметь ряд тяжелых осложнений и последствий. Поэтому прибегать к ней стоит только при наличии строгих показаний и выполнять с соблюдением всех требований клинических рекомендаций.

ЭНДОКРИНОЛОГИЯ

СЛУЧАЙ ВНЕГОНАДНОЙ ГЕРМИНОГЕННОЙ ОПУХОЛИ
У ПАЦИЕНТА С СИНДРОМОМ КЛАЙНФЕЛЬТЕРАУгнич Яна Вадимовна¹, Джамиева Шуайнат Аюбовна²Научные руководители: к.м.н. Скородок Юлия Леонидовна¹, к.м.н. Плотникова Елена Валерьевна¹¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Кафедра детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО

² ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса. E-mail: y.ugnich@gmail.com**Ключевые слова:** синдром Клайнфельтера; герминогенная опухоль; множественная недостаточность гормонов аденогипофиза; хирургическое лечение; заместительная гормональная терапия.

Введение. Синдром Клайнфельтера — хромосомная патология, обусловленная наличием одной или более дополнительных X-хромосом в мужском кариотипе. Частота 1:500–700 новорожденных мальчиков (0,2% мужской популяции). Данный синдром ассоциирован с повышенным риском злокачественных новообразований, в том числе герминогенно-клеточных опухолей головного мозга, лечение которых может привести к развитию множественной недостаточности гормонов аденогипофиза (МНГА).

Цель исследования. Продемонстрировать редкий случай внегонадной герминогенной опухоли у пациента с синдромом Клайнфельтера и развитием множественной недостаточности гормонов аденогипофиза после ее хирургического лечения.

Материалы и методы. Изучали анамнестические данные в медицинской документации, предоставленной пациентом. Проводили лабораторные исследования: общеклинические (клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ мочи по Зимницкому); биохимический анализ крови (на анализаторе Cobas Integra 400 plus): глюкоза, электролиты (натрий, калий, кальций общий и ионизированный, фосфат), проводили пероральный глюкозотолерантный тест (ПГТТ); определяли уровни гормонов крови (кортизол, пролактин, Т4 св, ЛГ, ФСГ, тестостерон, ИФР-1, инсулин, С-пептид). Использовали инструментальные методы исследования: рентгенографию лучезапястных суставов, МРТ головного мозга. Определяли кариотип цитогенетическим методом.

Результаты. Пациент Д. в возрасте 10 лет обследован по поводу нарастающих признаков внутричерепной гипертензии и раннего появления вторичных половых признаков. Диагностирована опухоль 3 желудочка, выявлено повышение уровней опухолевых маркеров (альфа-фетопротеина и хорионического гонадотропина), подтверждено

преждевременное половое развитие уровнем тестостерона, типичным для молодых взрослых — 22,5 нмоль/л (0,07–1,04). В возрасте 10 лет 2 мес. в НИИ им. Н.Н. Бурденко проведено хирургическое удаление опухоли транс-краниальным доступом; гистологическое заключение: герминогенно-клеточная опухоль смешанного типа 3 желудочка. После операции проведены 4 курса химиотерапии и курс лучевой терапии.

В послеоперационном периоде диагностированы центральные гипокортицизм и гипотиреоз: кортизол 16,9 нмоль/л (133–537), Т4 св 7,8 пмоль/л (12,6–21,0), начата заместительная гормональная терапия гидрокортизоном и левотироксином. Резко сниженные уровни гонадотропных гормонов — ФСГ 0,05 МЕ/л (0,3–4,6), ЛГ 0,05 МЕ/л (0,04–3,6), — могли указывать на гипогонадотропный гипогонадизм, но подтвердить данный диагноз не позволял допубертатный возраст пациента. Выявлена гиперпролактинемия 3377–2677 мМЕ/л (86–324), в связи с чем назначен бромокриптин.

В связи с редкой гистологической формой новообразования пациент был консультирован генетиком, рекомендовано определение кариотипа; в возрасте 10 лет 3 мес. получен результат — 47, XXУ. Диагностирован синдром Клайнфельтера.

В возрасте 12 лет выявлена гиперинсулинемия: 30,8–41,2–59,4 мкЕД/мл (2,0–25,0), С-пептид 5,9–7,62 нг/мл (1,10–4,40). Глюкоза крови натощак 4,3–5,2–4,8 ммоль/л (4,1–5,9). С этого же времени отмечается гипернатриемия: 152–169 ммоль/л.

В возрасте 14 лет рост пациента 138 см (SDS роста — 3,29), уровень ИФР-1 <5 нг/мл; диагностирован дефицит гормона роста, начата заместительная терапия рекомбинантным гормоном роста (pRP). Кроме того, подтвержден гипогонадотропный гипогонадизм: ЛГ <0,1 МЕ/л (0,26–4,8), ФСГ 0,23 МЕ/л (0,3–4,6), тестостерон <0,025 нг/мл (0,04–0,7), начата терапия тестостероном (смесь эфиров).

В возрасте 17 лет рост пациента 160,5 см (SDS роста $-2,07$), вес 76 кг, ИМТ 29,5 (SDS 2,1); в области шеи и подмышечных впадин — черный гиперкератоз; АД 112/80 мм рт. ст.; А2Р4, тестикулы 3 мл, половой член 6×2,5 см. Центральные гипокортицизм, гипотиреоз и гипогонадизм компенсированы (кортизол 211,3 нмоль/л (133–537), Т4 св 16,37 пмоль/л (12,6–21,0), тестостерон 12,54 нг/мл (2,49–8,36), гиперпролактинемия устранена на лечении бромокриптином (пролактин 232,7 мМЕ/л (86–324)). Доза гРП признана избыточной с учетом повышенного уровня ИФР1 — 621,6 нг/мл (SDS $>+2,0$) и снижена на 20%; тем не менее, показаний к завершению заместительной терапии гРП в ростовых дозах нет, поскольку костный возраст соответствует 14,5 г. Концентрационная функция почек не нарушена, плотность мочи 1005–1025, полиурии, полидипсии

нет — данных за недостаточность антидиуретического гормона не получено. При МРТ головного мозга признаков продолженного роста опухоли нет. Выявлена двукратная гипергликемия натощак 6,27–6,29 ммоль/л (4,1–5,9); проведен ПГТТ — глюкоза крови через 2 ч после нагрузки 8,3 ммоль/л ($<7,8$) диагностирован предиабет, назначен метформин.

Заключение. Случай герминогенной опухоли с локализацией в ЦНС вызвал преждевременное половое развитие до хирургического лечения и множественную недостаточность гормонов аденогипофиза после него. Наличие герминогенной опухоли может потребовать обследования для исключения генетических синдромов, ассоциированных с повышенным риском подобных новообразований.

СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИ ГИПОПАРАТИРЕОЗА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Баранова Валерия Валерьевна, Ситникова Анастасия Дмитриевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Пшеничная Ксения Ивановна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Кафедра детских болезней имени профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: sitnickowa.nastya24@yandex.ru

Ключевые слова: гипопаратиреоз; гипокальциемия; гиперфосфатемия; паратгормон; скорость оседания эритроцитов; нормохромная анемия; неврологическая симптоматика.

Введение. Гипопаратиреоз — это эндокринная патология, характеризующаяся развитием гипокальциемии, гиперфосфатемии и неврологической симптоматикой. Данное заболевание, может быть, в результате дефицита паратгормона или резистентности периферических тканей к его действию. Гипопаратиреоз является редко встречающимся заболеванием, а клиническая картина характеризуется разнообразием симптомов таких как: чувство страха, тремор, парестезии лица, кистей, стоп, невроз, снижение памяти, сухость кожи, имеющих место при других состояниях. Это делает трудным диагностику, особенно в дебюте заболевания. В данных тезисах мы хотим представить клинический случай дебюта гипопаратиреоза у девочки 15 лет с разнообразными неспецифическими жалобами, встречающимися при ряде других заболеваний.

Цель исследования. Показать на примере клинического случая сложности диагностики гипопаратиреоза у девочки пубертатного возраста.

Материалы и методы. Клинико-анамнестические данные, лабораторные, ультразвуковые, лучевые методы исследования, электрокардиограмма.

Результаты. Девочка, 15 лет, обратилась в детскую поликлинику по месту жительства с острым респираторным заболеванием в ноябре 2022 г., по результатам клинического анализа крови были выявлены лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышенная скорость оседания эритроцитов (СОЭ) 78 мм/ч и нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести (Hb 91 г/л). При повторном исследовании на фоне клинического благополучия в декабре 2022 г. нормализуется лейкоцитарная формула, но сохраняется ускоренное СОЭ и нормохромная нормоцитарная анемия. По направлению педиатра обратилась в Консультативно-диагностический центр для детей к гематологу для исключения гематологической патологии как причины изменений клинического анализа крови. Проведен клинический анализ крови, в котором сохраняется нормохромная нормоцитарная анемия легкой степени тяжести (Hb 97 г/л) и ускоренное СОЭ (63 мм/ч). При первичном ос-

мотре гематолога общее состояние расценено как удовлетворительное, специфических проявлений гематологической патологии не выявлено. При повторной консультации гематолога в январе 2023 г. сохранялись те же изменения в клиническом анализе крови, а в биохимическом анализе выявлено повышение показателей антистрептолизина-О (334 ЕД/мл) и креатинфосфокиназы (2790 Ед/л), диспротеинемия, иммунологический анализ выявил наличие IgM и IgG к вирусу Эпштейн-Барр. В динамике усилились жалобы на быструю утомляемость, слабость, головокружение, сниженную резистентность к физическим нагрузкам и ощущение «внутренней дрожи» (со слов девочки). Была проконсультирована оториноларингологом — хронический тонзиллит, онкологом — исключена онкологическая патология, офтальмологом — застойный диск зрительного нерва правого глаза. При осмотре невролога отмечался тремор, положительный симптом Труссо, неустойчивость в позе Ромберга. Проведены следующие инструментальные исследования: рентгенограмма органов грудной клетки и околоносовых пазух, УЗИ органов брюшной полости — патологии не выявлено. УЗИ щитовидной железы выявило уменьшение размеров при достаточном уровне гормонов в крови. МРТ головного мозга позволило исключить объемное образование. В ЭКГ отмечено удлинение интервала QT, укорочение интервала PQ, а в ЭХО-КГ — дополнительная хорда левого желудочка. В течение периода обследования сохранялась повышенная СОЭ с колебаниями 63–28–39 мм/ч, нормохромная анемия легкой степени тяжести (Hb 97–102–99 г/л). Показатель креатинфосфокиназы, исходно повышенный до 2790 Ед/л, в течение 4х дней увеличился до 5734 Ед/л при норме 123 Ед/л; отмечалась выраженная гипокальциемия (ионизированный кальций 0,57 ммоль/л, уровень кальция в сыворотке крови 1,01 ммоль/л), уровень паратиреоидного гормона в крови 5,3 пг/мл, витамин Д 15,35 нм/л, гиперфосфатемия (3,18 ммоль/л). По результатам данных обследований был поставлен диагноз: Гипопаратиреоз, гипокальциемия, требующая экстренной коррекции. Ребенок неот-

ложно госпитализирован в специализированный эндокринологический стационар.

Выводы. Данный клинический случай показывает, что при гипопаратиреозе характерные симптомы не всегда проявляются в ранние сроки болезни. Это существенно осложняет диагностику и первоначальное обследование может быть ошибочно направлено на другие виды патологии.

Следует отметить важность тщательного сбора анамнестических данных, поскольку такие симптомы при гипокальциемии, как мышечная дрожь, парестезии, астеновегетативный синдром являются одними из ключевых данных для постановки диагноза, но пациенты зачастую не уделяют им должного внимания, не связывая их с возможным заболеванием.

СЕМЕЙНЫЙ СЛУЧАЙ Х-СЦЕПЛЕННОЙ АДРЕНОЛЕЙКОДИСТРОФИИ

Наговицына Ксения Олеговна

Научные руководители: к.м.н. Скородок Юлия Леонидовна, к.м.н. Плотникова Елена Валерьевна, Полянская Мария Александровна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра детских болезней имени профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: nagoksyusha@mail.ru

Ключевые слова: надпочечниковая недостаточность; Х-сцепленная аденолейкодистрофия; молекулярно-генетическое исследование; гидрокортизон; флудрокортизон.

Введение. Надпочечниковая недостаточность (НН) — синдром, обусловленный дефицитом синтеза кортизола. Одной из причин первичной хронической НН является аденолейкодистрофия (АЛД) — заболевание с Х-сцепленным типом наследования, встречающееся с частотой 1:17 000–50 000 у лиц обоего пола, кодирующееся геном ABCD1 (Xq28) и характеризующееся поражением белого вещества ЦНС, коры надпочечников и тестикул вследствие нарушения метаболизма очень длинноцепочечных жирных кислот. Имеет различные клинические формы, прогрессирующее течение с постепенным вовлечением в процесс новых структур. Большинство пациентов, имеющих симптомы — лица мужского пола. При первичной НН у мальчиков старше 3 лет необходимо молекулярно-генетическое исследование для выявления патогенных мутаций в гене ABCD1. Заболевание характеризуется неблагоприятным прогнозом; причинами летального исхода могут стать прогрессирование неврологической симптоматики, реже — кризы острой НН.

Цель исследования. Представить основные этапы диагностики Х-сцепленной аденолейкодистрофии и особенности ведения пациентов с данным заболеванием на примере семейного клинического случая.

Материалы и методы. Оценивали данные анамнеза, доступные в медицинской документации, предоставленной пациентом. Проводили расширенное биохимическое исследование крови на анализаторе Cobas INTEGRA 400 plus, определение уровней гормонов крови, в том числе в ходе стимуляционного теста с синактеном методом ИФА на анализаторе Cobas e 411 (кортизол, АКТГ, тестостерон, ЛГ, ФСГ, ренин, альдостерон), антител (АТ) к стероидпродуцирующим клеткам надпочечников. Применяли инструментальные методы: ЭЭГ, МРТ головного мозга. Использовали молекулярно-генетическое исследование (МГИ): выявление мутаций гена ABCD1 методом прямого автоматического секвенирования.

Результаты. Пациент Н. поступил экстренно в ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса, отделение эндокри-

нологии в возрасте 8 лет 3 месяцев в состоянии острой НН. Из анамнеза известно, что жалобы на нарастающую гиперпигментацию кожных покровов, прогрессирующую слабость, вялость, боли в животе появились с июля 2017 года (в возрасте 8 лет). При осмотре: рост 125 см (–0,8 SDS), вес 21,9 кг, ИМТ 14 кг/м² (–1,5 SDS). Кожные покровы бронзового цвета, сухие, гиперпигментация в области шеи, коленей, локтей, наружных гениталий, подчеркнутость складок ладоней. ЧСС=50/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +2,5–3 см от края реберной дуги. Результаты обследования: кортизол (утро) 78,4 нмоль/л (138–690), (вечер) 64,8 нмоль/л (69–345), АКТГ 14040 пг/мл (7,2–63,3), альдостерон 126,6 пг/мл (40–310), натрий 133 ммоль/л (135–145), калий 4,3 ммоль/л (3,4–4,5), глюкоза 2,68 ммоль/л (3,3–5,6). Диагностирована первичная НН, начата заместительная терапия гидрокортизоном и флудрокортизоном. Результат определения АТ к стероидпродуцирующим клеткам (<1:10) исключал аутоиммунный генез НН. МГИ выявило изменение нуклеотидной последовательности NM_000033.3.c.139C>T (p.Gln47Term) в 1 экзоне гена ABCD1 в гомозиготном состоянии (патогенная мутация), что подтверждает наличие у пациента Х-сцепленной АЛД. Дальнейшее наблюдение за пациентом включало контроль заместительной терапии и ежегодные МРТ головного мозга, неврологический осмотр. В возрасте 13 лет на фоне компенсации НН, изменений со стороны нервной системы не выявили. Для исключения гипергонадотропного гипогонадизма в структуре основного заболевания исследовали уровни ЛГ, ФСГ и тестостерона; результаты были в пределах возрастной нормы.

Младшему брату пациента, М., диагноз установили по результатам МГИ при отсутствии симптомов в возрасте 2 лет 8 мес. В 2 года 10 мес. выявили повышение коэффициента соотношения длинноцепочечных жирных кислот. С 2 лет 11 мес. появились жалобы на слабость, вялость, снижение аппетита; госпитализирован. При осмотре: рост 98 см (+0,61 SDS), вес=13 кг, ИМТ=13,5 кг/м² (–1,84 SDS). Кожные покровы смуглой окраски. В обла-

сти коленных суставов умеренная гиперпигментация. ЧСС=80/мин. Проведено обследование: АКТГ 396,5 пг/мл (7,2–63,3), максимальный уровень кортизола в ходе теста с синактеном-депо 480 нмоль/л (>500), электролиты в норме. Диагностирована первичная НН, начата заместительная терапия гидрокортизоном. В дальнейшем выявлен повышенный уровень ренина 56,8 пг/мл (2,14–53,83 пг/мл), к лечению добавлен флудрокортизон. Ежегодно проводили ЭЭГ, МРТ головного мозга, неврологическое обследование; в возрасте 6 лет 11 мес., на фоне компенсации НН, изменений со стороны нервной системы не выявили.

Матери пациентов также проведено МГИ; она является носителем патогенной мутации.

Заключение. Наличие у пациентов мужского пола первичной надпочечниковой недостаточности требует МГИ для идентификации мутаций гена ABCD1, особенно при отсутствии повышения титров АТ к стероидпродуцирующим клеткам надпочечников. В случае выявления патогенных мутаций необходимо провести МГИ ближайшим родственникам, в первую очередь, мужского пола.

Особенностью ведения пациентов с X-сцепленной АД является необходимость ежегодных, а при развитии неврологической симптоматики – более частых МРТ головного мозга и неврологического обследования. В пубертатном периоде необходима оценка уровней гонадотропных гормонов для исключения гипергонадотропного гипогонадизма.

СЛУЧАЙ ВРОЖДЕННОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ ВСЛЕДСТВИЕ ДЕФИЦИТА 11-БЕТА-ГИДРОКСИЛАЗЫ У ПАЦИЕНТА С КАРИОТИПОМ 46, XX

Наговицына Ксения Олеговна

Научные руководители: к.м.н. Скородок Юлия Леонидовна, к.м.н. Плотникова Елена Валерьевна, Цораева Фатима Заурбековна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, кафедра детских болезней
имени профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: nagoksyusha@mail.ru

Ключевые слова: врожденная гиперплазия коры надпочечников; 11-бета-гидроксилаза; нарушение формирования пола; гипергонадотропный гипогонадизм; гидрокортизон; рекомбинантный гормон роста.

Введение. Врожденная гиперплазия коры надпочечников — группа заболеваний с аутосомно-рецессивным типом наследования, в основе которых — дефект одного из ферментов или транспортных белков, принимающих участие в биосинтезе кортизола в коре надпочечников. Второй по распространенности формой ВГКН является дефицит 11-бета-гидроксилазы, ген которой (CYP11B1) локализован на 8q24.3. Происходит накопление как андрогенов, так и 11-дезоксикортикостерона, что приводит к развитию артериальной гипертензии. При рождении у пациенток с кариотипом 46, XX возможна вирилизация, что может привести к некорректной гендерной идентификации.

Цель исследования. Выявить трудности в диагностике дефицита 11-бета гидроксилазы на примере клинического случая.

Материалы и методы. Оценивали данные анамнеза, доступные в медицинской документации, предоставленной пациентом. Проводили расширенное биохимическое исследование крови на анализаторе Cobas INTEGRA 400 plus, определение уровней гормонов крови, в том числе в ходе стимуляционных тестов с синактеном и трипторелином методом ИФА на анализаторе Cobas e 411 (кортизол, АКТГ, 17-гидроксипрогестерон (17-ОН прогестерон), 11-дезоксикортизол (11-ДОК), тестостерон, дигидроэпиандростерон-сульфат (ДЭА-С), ЛГ, ФСГ, ИФР-1). Применяли инструментальные методы: рентгенография лучезапястных суставов, суточное мониторирование АД (СМАД). Использовали молекулярно-генетическое исследование (МГИ): выявление мутаций гена CYP11B1 методом ПЦР.

Результаты. Из анамнеза известно, что пациент Р. родился в Азербайджане от не близкородственного брака, 4 беременности, 4 родов (трое старших братьев здоровы) с наружными гениталиями мужского типа, двусторонним крипторхизмом. УЗИ в возрасте 4 месяцев не выявило гонад в паховых каналах, обнаружена рудиментарная матка. В возрасте 1 года проведено лапароскопическое удаление матки, левосторонняя гонадэктомия,

правосторонняя гонадопексия. При гистологическом исследовании материала удаленной гонады обнаружены примордиальные фолликулы. В 4 года амбулаторно обследован в Санкт-Петербурге: кариотип 46, XX. В возрасте 4 лет 2 мес обратился в эндокринологическое отделение ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса с жалобами на преждевременное появление вторичных половых признаков с прогрессированием, прибавку в росте за последний год 12 см. При осмотре: рост 130 см (SDS роста +6,1); отмечаются эпизоды повышения АД. Наружные половые органы по мужскому типу, мошонка гипоплазирована, левая гонада в мошонке и паховом канале не определяется, справа в средней трети пахового канала — образование (гонада?) ~1,5 см, половой член 9*3 см, All PII по Tanner. При обследовании: **17-ОН прогестерон 13,8 нг/мл (0,2–0,8)**, кортизол (утро) 30,9 нмоль/л (138–690), кортизол (вечер) 27,6 нмоль/л (69–345), АКТГ 453,1 пг/мл (7,2–63,3), ДЭАС 132 мкг/дл (2,8–85,2), тестостерон 2,97 нг/мл (0,025–0,32). Максимальный стимулированный синактеном-депо уровень 17-ОП 13,7 нг/мл, ДЭАС — 147,3 мкг/дл, кортизола — 44,7 нмоль/л. Пик секреции ЛГ в ходе теста с трипторелином 4,8 МЕ/л. Костный возраст 13 лет. Диагностирована ВГКН, начата заместительная терапия гидрокортизоном. Рекомендовано проведение МГИ для исключения дефицита 11-бета гидроксилазы. Вследствие позднего установления диагноза пациент адаптирован в мужском поле. Гонадэктомия справа (проведена в 5 лет): обнаружена ткань яичника. В 5,5 лет рост 131 см, (скорость роста снизилась до 1 см/год). Выявлено повышение ЛГ до 34,05 МЕ/мл (0,04–3,6), ФСГ до 65,22 МЕ/мл (0,3–4,6) — гипергонадотропный гипогонадизм. В 6 лет начата терапия рекомбинантным гормоном роста (рГР) в стандартной терапевтической дозе в связи с неудовлетворительным ростовым прогнозом. Скорость роста увеличилась до 6 и 5,5 см/год в первый и второй год терапии соответственно. МГИ выявило делецию гена CYP11B1 в гомозиготном состоянии. В дальнейшем коррекцию доз гидрокортизона проводили по уровню 11-ДОК. В 8 лет диагности-

рована нестабильная вторичная артериальная гипертензия, назначен Спиронолактон, впоследствии был отменен кардиологом амбулаторно.

В 9 лет при осмотре: рост 153,5 см (скорость роста 3,5 см/год), половой член 5×2 см; AI PIII по Tanner. При обследовании: костный возраст 14 лет (не увеличился в течение 3 лет), 11-ДОК 1,77 нмоль/л (0,5–7,2), что свидетельствует о компенсации ВГКН. Выявленное повышение уровня ИФР1 более чем 2 SD, до 724 нг/мл (83–336) указывает на необходимость снизить дозу рГР на 20%.

Заключение. Нарушение формирования пола может быть проявлением ВГКН. При отсутствии значимого повышения уровня 17-гидроксипрогестерона, наличии артериальной гипертензии, необходимо исключить дефицит 11-бета-гидроксилазы путем МГИ и определения уровня 11-дезоксикортизола.

При неудовлетворительном ростовом прогнозе на фоне адекватной заместительной терапии ВГКН оправдано использование рекомбинантного гормона роста под контролем ИФР1.

СЛУЧАИ СИНДРОМА РЕЗИСТЕНТНОСТИ К ТИРЕОИДНЫМ ГОРМОНАМ

Бойцова Анна Игоревна

Научные руководители: к.м.н, доцент. Скородок Юлия Леонидовна, Полянская Мария Александровна, Цораева Фатима Заурбековна
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра детских болезней
им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. ДГМКЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса, отделение эндокринологии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: y.ugnich@gmail.com

Ключевые слова: резистентность; тиреоидный статус; трийодтиронин; адrenoблокаторы; диагностика; лечение.

Введение. Синдром резистентности к тиреоидным гормонам (RTH) является наследственным синдромом, характеризующимся пониженной чувствительностью тканей-мишеней к эндо/экзогенным Т4 и Т3. RTH впервые был описан в 1967 году как часть семейного синдрома, включающего глухонмоту, зоб и аномально повышенный уровень тиреоидных гормонов на фоне нормальной концентрации ТТГ в сыворотке крови. Распространенность этого синдрома составляет 1: 40 000–1:50 000 новорожденных, и он встречается с одинаковой частотой у лиц обоего пола. Тип наследования в большинстве семей ауто-сомно-доминантный. Идентифицированы два гена, кодирующих рецепторы щитовидной железы TRa и TRp. Рецепторы имеют три основные изоформы: TRa1 (преимущественная экспрессия: ЦНС, миокард, скелетные мышцы), TRP1 (печень, почки) и TRP2 (гипофиз и гипоталамус). Установлено, что мутации гена TRPB меняют строение рецептора тиреоидных гормонов таким образом, что он теряет способность связывать трийодтиронин, но сохраняет способность связывать ДНК. Клинические проявления разнообразны, большинство больных клинически находятся в эутиреоидном состоянии. Характерными симптомами являются зоб, задержка физического и полового развития, рассеянное внимание, гиперактивность и тахикардия в покое, нередко отставание в умственном развитии. При гормональном обследовании выявляется повышение уровней всех тиреоидных гормонов на фоне нормальной или умеренно повышенной концентрации ТТГ. От ДТЗ это состояние отличает сохранение ответа ТТГ на стимуляцию тиреолиберинном, также следует проводить дифференциальную диагностику с ТТГ-секретирующей опухолью гипофиза, вместе с тем тиреотропиномы в детском возрасте встречаются казуистически редко.

Цель исследования. Описание клинических случаев синдрома резистентности к тиреоидным гормонам.

Материалы и методы. У пациента Г., и пациента Ш., проводили общеклинические обследования (клинический анализ крови, общий анализ мочи), определение показателей биохимического анализа крови (глюкоза, общий билирубин, триглицериды, холестерин, трансаминазы, электролиты (Na, K, Ca,

P, Ca ионизированный), общий белок и альбумин, мочевины, креатинин), ОГТТ. Определение гормонов крови (кортизол, АКТГ, ренин, тестостерон, ЛГ, ФСГ, пролактин, ТТГ, Т4св, ренин, паратгормон). Исследованы АТ к ТГ, АТ к ТПО. Инструментальные методы обследования: УЗИ органов брюшной полости, почек, щитовидной железы, головного мозга. ЭхоКГ, ЭКГ, ЭЭГ, МРТ головного мозга. Консультации специалистов: невролог, офтальмолог, кардиолог.

Результаты. Пациент Г., по клинико-лабораторным показателям включающих результаты гормонального исследования крови, данные ЧСС, ребенку была инициирована терапия трийодтиронином, с дальнейшей коррекцией и оценкой компенсации. Обсужден с кардиологом рекомендована терапия препаратами b адrenoблокаторов. Рекомендовано проведение генетического исследования мутации гена TRa и TRp.

Пациент Ш., по результатам гормонального обследования неоднократно выявлена гипертироксемия: повышение Т4, Т3 свободного и общего (Т4 общий — 194,0–230,9 нмоль/л, Т4 своб — 27,14–54,22 пмоль/л, Т3 общий — 10,33–4,28 нмоль/л, Т3 своб — 17,54 пмоль/л) при нормальном и/или умеренно повышенном уровне ТТГ 1,01–7,06 мкМЕ/мл. АТ к ТПО и АТ к ТГ — отрицательные. Клинически симптомы гипертиреоза проявляются только в виде тахикардии. МРТ головного мозга — данных за аденому гипофиза нет, исключен центральный генез. Таким образом по совокупности клинико-лабораторных данных у мальчика имеется синдром резистентности к тиреоидным гормонам. Рекомендовано медико-генетическое обследование. В связи с тахикардией мальчик получал терапию анаприлином. Проведено ЭКГ, ЭхоКГ, осмотрен кардиологом, Дз: Вторичная кардиопатия с нарушением ритма сердца в структуре основного заболевания (синусовая тахикардия).

Заключение. Особенность ведения пациентов с синдромом резистентности к тиреоидным гормонам заключается в динамическом контроле тиреоидного статуса, оценке психомоторного развития и функции сердечно-сосудистой системы.

При верификации данного диагноза необходимо медико-генетическое обследование, для исключения центрального генеза — МРТ головного мозга и гипоталамо-гипофизарной области.

ВРОЖДЕННЫЙ ГИПЕРИНСУЛИНИЗМ: КЛИНИЧЕСКИЕ И МОЛЕКУЛЯРНО-ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ВАРИАНТЫ

Марьина Ольга Ивановна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Дитковская Лилия Викторовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет.

Кафедра детских болезней им. профессора И.М. Воронцова ФП и ДПО. 194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2.

E-mail: olga210697@yandex.ru

Ключевые слова: врожденный органический гиперинсулинизм; персистирующая гипогликемия; молекулярно-генетическое исследование; ABCC8.

Введение. Врожденный гиперинсулинизм (ВГИ) — орфанное наследственное заболевание, характеризующееся неадекватной гиперсекрецией инсулина β -клетками поджелудочной железы, клинически проявляющееся персистирующими гипогликемиями, представляющими большую угрозу в отношении выживаемости пациентов, а также высоким риском развития тяжелых неврологических осложнений. Особую сложность представляет дифференциальная диагностика и верификация этого заболевания у новорожденных детей в связи с высокой частотой транзиторных гипогликемических состояний. Ранняя диагностика ВГИ включающая молекулярно-генетическое исследование (МГИ), позволяет полностью верифицировать диагноз и назначить адекватное лечение, что существенно снижает риск тяжелых осложнений и улучшает качество жизни пациентов.

Цель исследования. Изучить анамнестические, клиничко-лабораторные и молекулярно-генетические особенности пациентов с ВГИ; провести анализ и оценку данных обследования, особенностей течения заболевания на примере пациента с вариантом в гене ABCC8, ассоциированным с дефектами АТФ-зависимых калиевых каналов.

Материалы и методы. Изучили анамнестические, клиничко-лабораторные данные, результаты молекулярно-генетического анализа 23 пациентов с ВГИ в возрасте от 10 месяцев до 22 лет. Клиническое наблюдение: девочка в возрасте 1,5 лет с диффузной формой ВГИ, ассоциированной с вариантом в гене ABCC8.

Результаты. У 11 пациентов с персистирующими гипогликемиями в результате МГИ выявлены мутации в генах, ассоциированных с развитием ВГИ: ABCC8—34,8% (n=8); KCNJ11—8,7% (n=2); GLUD1—4,3% (n=1); HNF1A — 4,3% (n=1), сочетание мутаций в генах KCNJ11 и HNF1A (n=1). У 1-го ребенка ВГИ в структуре синдрома Беквита–Видемана. Отсутствие молекулярно-генетического подтверждения в 47,8% (n=11).

Клиническое наблюдение. Девочка от 4-й беременности, с отягощенным антенатальным анамнезом (у матери — токсикоз в 1 триместре, анемия, цитомегаловирусная инфекция, уреоплазмоз, кандидозный кольпит во 2 и 3 триместре беременности, отеки беременных). Роды 4 на сроке 41/2, раннее излитие околоплодных вод. Масса при рождении 4000 г, длина 54 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. На вторые сутки жизни зафиксировано ухудшение состояния: снижение сатурации до 70–75% в состоянии полного покоя, гипогликемия до 0,9 ммоль/л, сопровождающаяся судорогами, закатыванием глаз, мышечной гипотонией, после введения глюкозы отмечалась положительная динамика (прекращение судорог, нормализация глюкозы крови). При попытке отключения внутривенного введения раствора глюкозы — повторные приступы гипогликемии с судорогами и апноэ, находилась на ИВЛ. По данным гормонального исследования: инсулин 9,1–16,1 мкЕД/мл (N 2,0–10,0), С-пептид 2,76–7,9 нг/мл (N 0,5–3,2), ИФР — 1 67,1 нг/мл (N 31,0–43,0), кортизол 23,4–109,8 нмоль/л (N 55,0–304,0), ТТГ 1,2 мкМЕ/мл (N 0,34–5,6), Т4св 11,6 мкмоль/л (N 7,9–14,4), тест на кетоны и амоний в крови и моче дал отрицательный результат. При динамическом наблюдении отмечались частые эпизоды тяжелой гипогликемии, высокая потребность в глюкозе (14 мг/кг/сут). По совокупности клиничко-лабораторных данных диагностирован врожденный гиперинсулинизм. Попытка медикаментозной терапии препаратами агонистов АТФ-зависимых К-каналов (диазоксид, max 20 мг/кг/сут) оказалась малоэффективной, назначена терапия аналогом соматостатина (октреотид 5–10 мкг/кг/сут подкожно), на фоне которого была достигнута относительная стабилизация уровня глюкозы. В возрасте 7 месяцев на фоне нормогликемии были зарегистрированы неоднократные судорожные приступы с эпилептиформной активностью, подтвержденной по данным электроэнцефалограммы (ЭЭГ). Назначена противосудорожная терапия.

С целью окончательной верификации диагноза и персонифицированного подхода к лечению проведено МГИ: в гене *ABCC8* (NM_000352.6) во 2 экзоне обнаружена замена одного нуклеотида в гомозиготном состоянии, приводящая к замене аминокислоты с.259T>C, р.Cys87Arg. Данная мутация в гене *ABCC8* выявлена у отца и матери девочки. В базах данных аллельных вариантов человека вариант отсутствует и не описан в научной литературе. Также выполнена ПЭТ с¹⁸F-флюоро-Л-дигидроксифенилаланином, подтверждена диффузная форма заболевания.

В настоящее время девочка компенсирована. Получает лечение аналогом соматостатина (ок-

треотид 6,2 мкг/кг/сут подкожно методом помпы). Контроль гликемии осуществляется круглосуточно с использованием системы flash-мониторирования. Гипогликемии возникают редко на фоне интеркуррентных заболеваний. Судорожных приступов в течение последних 6 месяцев не отмечено. По данным ЭЭГ эпилептиформных изменений не зарегистрировано.

Заключение. Ранняя полная верификация диагноза ВГИ с использованием молекулярно-генетического исследования и регулярный контроль за профилем гликемии позволяет своевременно и правильно назначить терапию и снизить риск развития тяжелых неврологических осложнений.

ДИФФУЗНЫЙ ТОКСИЧЕСКИЙ ЗОБ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Марцева Елизавета Михайловна

Научные руководители: Шестакова Маргарита Дмитриевна, Евдокимова Нина Викторовна

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра пропедевтики детских болезней.
194100, г. Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: els-13@mail.ru

Ключевые слова: аутоиммунные заболевания; воспалительные заболевания кишечника; болезнь Крона; диффузный токсический зоб; болезнь Грейвса.

Актуальность. Болезнь Крона (БК) у детей остается одной из нерешенных проблем в гастроэнтерологии. Помимо классических внекишечных проявлений, при БК встречаются различные иммуноопосредованные заболевания, среди них с высокой частотой встречается патология щитовидной железы (ЩЖ). До сих пор спорным остается вопрос: является ли она сопутствующей, либо имеется патогенетическая взаимосвязь.

Цель исследования. Изучить особенности течения БК в сочетании с диффузным токсическим зобом (ДТЗ).

Результаты. Пациент И., 14 лет, болен БК с поражением тонкого и толстого кишечника (эрозивный илеоколит) в течение четырех лет. В дебюте заболевания получил индукционный курс преднизолона (2 мг на кг массы тела в сутки) в течение 14 дней с постепенной отменой, а в качестве базисной терапии — азатиоприн (2,46 мг на кг массы тела в сутки). На фоне терапии отмечалась незначительная положительная динамика. С мая 2020 года в терапию добавлен метотрексат (17,5 мг в неделю). Осенью 2020 года при плановой госпитализации течение заболевания расценивается как тяжелое, т.к. на фоне проводимой иммуносупрессирующей терапии достигнуть клинко-лабораторной и эндоскопической ремиссии не удается. Кроме того, отмечается снижение массы тела мальчика (вес составляет 35 кг при росте 147 см), обращает на себя внимание эмоциональная лабильность мальчика, повышенная тревожность. Это расценивается как внекишечные проявления БК на фоне пубертатного периода. Проводится коррекция лечения, добавлен адалимумаб в стартовой дозировке 80 мг/2 нед, со снижением дозы до 40 мг/2 нед. Доза метотрексата увеличена. Далее в динамике состояние ребенка стабилизируется.

Весной 2022 года поступил в клинику ЛОГБУЗ «Детская клиническая больница» в плановом порядке. Ребенок предъявляет жалобы на ощущение «жжения» в области шеи, снижение памяти. При объективном клиническом обследовании: рост=157 см (вырос на 10 см), масса тела = 35 кг (стабильна), ИМТ = 14 кг/м², SDS ИМТ = -2,6. Физическое развитие среднее, дисгармоничное за счет

дефицита массы тела (23%), нервозность, сплошная быстрая речь, неусидчивость, тремор рук, тахикардия до 110–130 уд./мин. При пальпации щитовидная железа имела плотно-эластическую консистенцию, обнаружено ее увеличение до 1–2 степени. Проведено дополнительно обследование: гормональный профиль: Т4 св. в пределах нормы, Т3 свободный повышен (3,26 нмоль/л), антитела к тиреоглобулину повышены (229,1 МЕ/мл), антитела к рецептору ТТГ повышены (19,74 МЕ/л), уровень ТТГ на нижней границе нормы (0,16 мкМЕ/мл). По данным УЗИ щитовидной железы: общий объем железы увеличен до 17,92 см³; эхоструктура неоднородная с эхопозитивными тяжами и мелкими анэхогенными включениями, сосудистый рисунок при ЦДК резко усилен. Консультирован детским эндокринологом, диагностирована болезнь Грейвса, назначена тиреостатическая терапия (тирозол 25 мг в сутки). Через 3 месяца достигнута клиническая и медикаментозная компенсация гипертиреоза: ребенок стал спокойнее, более усидчивый, купировались тремор и тахикардия (ЧСС 76–82 уд/мин), прибавил в весе бкг. Гормональный статус: Т3 св. (1,74 нмоль/л), Т4 св. (15,64 нмоль/л), ТТГ (1,0 мкМЕ/мл). В связи с этим доза тирозола снижена до 5 мг/сутки.

Выводы. 1. Диффузный токсический зоб манифестировал через 1,5 года от дебюта БК. Жалобы пациента, его эмоциональная лабильность, дефицит массы тела были расценены как внекишечные проявления БК. 2. Характерно отсутствие экзофтальма у мальчика, как одного из основных и ранних симптомов ДТЗ. 3. Вероятно, поздняя диагностика ДТЗ способствовала ухудшению течения БК: длительное время не удавалось достичь ремиссии, в связи с чем, доза базисного препарата (метотрексат) была увеличена в два раза, в терапию был включен биологический препарат (адалимумаб). 4. По нашему мнению, несмотря на недостаточную доказательную базу взаимосвязи патогенеза БК с другими аутоиммунными заболеваниями, в том числе и ДТЗ, необходимо учитывать их возможное сочетание и проводить скрининг уже на первом году заболевания. Ранняя диагностика аутоиммунных патологий у пациентов с БК улучшит их качество жизни.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГОРМОНОПРОДУЦИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛИ НАДПОЧЕЧНИКА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Холопова Мария Ивановна

Научные руководители: д.м.н., профессор Тыртова Людмила Викторовна, к.м.н., доцент Паршина Наталия Васильевна.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра факультетской педиатрии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: masha119@mail.ru

Ключевые слова: преждевременное половое развитие; синдром гиперандрогении; гормонотропная опухоль надпочечника.

Введение. Среди причин синдрома гиперандрогении у девочек младшего возраста могут быть андрогенпродуцирующие опухоли надпочечников, в том числе, аденокортикальный рак (АКР) — редкая злокачественная опухоль, исходящая из коркового слоя надпочечника.

Цель исследования. На примере клинического случая показать важность проведения комплексного обследования для верификации синдрома гиперандрогении у девочек младшего возраста для выбора оптимального метода лечения.

Материалы и методы. Девочке 4,5 лет, с признаками преждевременного полового развития по гетеросексуальному типу, с кариотипом 46 XX, проведено комплексное обследование, включающее биохимические, гормональные, инструментальные методы обследования с осмотром профильных специалистов.

Результаты (описание клинического случая). У девочки в возрасте 4 лет родители заметили на лице появление высыпаний по типу акне, оволосение лобковой области, запаха пота, по поводу чего обратились к эндокринологу: рост средний 105 см (–0,33 SDS), вес — 18,5 кг, ИМТ = 16,8 кг/м² (+0,97 SDS), самочувствие хорошее; половое развитие по шкале Таннера: A1P3Ma1Me(–); при осмотре наружных гениталий выявлен гипертрофированный пенисообразный клитор, размером до 2,0–2,5 см, при этом имеются отдельные входы в уретру и влагалище; большие половые губы развиты обычно. Рекомендована госпитализация в эндокринологическое отделение Клиники СПбГПМУ. За 3 месяца перед госпитализацией девочка не выросла, но прибавила в весе 4 кг. При осмотре в эндокринном отделении обращали на себя внимание андроген-зависимые признаки пубертата в виде акне, угревых высыпаний на лице, аксиллярного гипергидроза, а также гипертрофии клитора, что требовало уточнения причины имеющихся отклонений, в том числе исключения простой формы врожденной гиперплазии коры надпочечников. Но, принимая во внимание быстро прогрессирующую симптоматику

гиперандрогении, сопряженную с кушингоидными чертами фенотипа, нельзя было исключить преждевременное половое развитие по гетеросексуальному типу, вследствие стероидпродуцирующей опухоли надпочечника. Было проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное исследование. Зарегистрировано повышение стероидных гормонов и их метаболитов: 17-ОН Прогестерона до 13,20 нг/мл (N - 0,07–1,70), ДГЭА-сульфата до 2,70 мкг/мл (N - 0,40–2,17), Андростендиона до 2,41 нг/мл (N - 0,02–0,86), Тестостерона до 8,79 и 12,08 нмоль/л в динамике (N - 0,07–0,35). Выявлено повышение кортизола в утреннее и вечернее время: 652,3 и 698,3 соответственно, с нарушением суточного ритма (N - 83,0–580,0 нмоль/л). Костный возраст опережал паспортный и соответствовал 7,5 годам. При УЗИ забрюшинного пространства в проекции левого надпочечника обнаружено образование размерами 66×72×70 мм, кистозно-солидного типа, неоднородной эхо-структуры, с преимущественно перинодулярным кровотоком. При МСКТ с контрастированием брюшной полости и забрюшинного пространства визуализировалось патологическое мягкотканое образование левого надпочечника размером 70×74×67 мм с четкими и ровными контурами, шарообразной формы. С учетом количественных денситометрических показателей, образование было расценено онкологом как опухоль с высоким злокачественным потенциалом (аденокортикальная карцинома?). Обследование пациентки было продолжено в условиях онкологического отделения, где дополнительно исследованы: АКТГ — 4,70 пг/мл (N - 7,20–50,00); нейронспецифическая енолаза (NSE) — 21,8 нг/мл (N<17,0); бета-ХГЧ — отрицательно; зарегистрировано нарастание уровня кортизола сыворотки — 813,8 нмоль/л и тестостерона до 12,08 нмоль/л; точная экскреция катехоламинов и их метаболитов (ванилилминдалевой кислоты, гомованилиновой кислоты, 5-гидроксииндолуксусной кислоты)-без патологии. В клинической картине обращало на себя внимание нарастание артериального давле-

ния, особенно в ночное время с максимальным подъемом до 150/110 мм рт.ст. На основании клинико-лабораторных и инструментальных данных диагноз гормонопродуцирующая опухоль левого надпочечника не вызывал сомнения. Проведено оперативное вмешательство в объеме лапаротомии; удалена опухоль левого надпочечника (туморадреналэктомия). Оперативный материал отправлен в работу на патоморфологическое исследование для уточнения степени злокачественности удаленного новообразования. В послеоперационном периоде отмечено снижения уровня кортизола и тестостерона: до 62,7 ммоль/л и 0,63 нмоль/л, соответственно. По результатам цитологического

исследования: адренокортикальная аденома левого надпочечника.

Заключение. Данный клинический случай является примером диагностического поиска причины преждевременного полового развития по гетеросексуальному типу. Для верификации гормонопродуцирующего образования надпочечника диагностически значимо проведение комплексного обследования, включающего биохимические, гормональные, инструментальные методы обследования с осмотром профильных специалистов, удаление опухоли с последующим цитологическим исследованием для выбора дальнейшей тактики ведения.

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА

Оппедизано Михаил Джузеппе Луиджиевич, Веретенникова Елизавета Иванова,
Тарасова Татьяна Алексеевна

Научный руководитель: д.м.н., профессор Успенский Юрий Павлович, д.м.н. Захаров Дмитрий Владимирович

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра факультетской терапии имени профессора В.А. Вальдмана. 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: misciaopp@gmail.com

Ключевые слова: метаболический синдром; детское население; генетические предикторы.

Введение. Метаболический синдром, бесспорно, может быть отнесен к числу наиболее значимых социально-медицинских проблем текущего столетия. Данное утверждение исходит из результатов анализа множества статистических показателей. Так, его распространенность достигает 25–26% от числа всех совершеннолетних планеты [1]. Кроме того, смертность среди лиц данного контингента возрастает в 1,9–2,1 раза [3]. Столь тревожные эпидемиологические характеристики подтолкнули экспертов World Health Organization к нареканию рассматриваемого заболевания пандемией XXI века. Ранняя выявляемость, впрочем, сохраняется на стабильно низком уровне: средний возраст постановки диагноза составляет более 13 лет [6]. Подобное свидетельствует о востребованности разработки и внедрения методик определения групп риска среди детского населения.

Цель исследования. Изучить генетические предикторы развития метаболического синдрома, а также ассоциированных с ним состояний.

Материалы и методы. Проведен критический анализ отечественной и зарубежной научно-исследовательской литературы по выбранной проблематике.

Результаты. Достижение поставленной цели невозможно без рассмотрения используемых ныне диагностических подходов. Их можно подразделить на две группы в зависимости от ведущего признака — адипоза или артериальной гипертензии [8], каждый из которых имеет собственные наследственные маркеры. Так, актуальная генетическая карта ожирения (последнее обновление от 2015 г.) содержит порядка полутысячи предикторов [7]. Ниже будет представлено описание лишь некоторых, в частности гена лептина. Кодированный им гормон является ключевым звеном лептин-меланокортиновой системы, обеспечивающей регуляцию аппетита. Его дефицит, соответственно, будет сопровождаться злоупотреблением едой. Подобное состояние характеризуется аутосомно-рецессивным типом наследования дефекта гена LEP, расположенного на длинном плече седьмой

хромосомы в сегменте q31.3[9]. Новорожденные с данной патологией зачастую в постнатальном периоде имеют адекватные показатели физического развития. Клиническая картина, тем не менее, может быть уже выражена: гиперфагия, агрессивность при рестрикции объема пищи, центральный гипогонадизм, недостаточность Т-клеточного иммунитета (считается ведущей причиной смерти). Схожие, однако менее яркие проявления наблюдаются и при нарушении генов, кодирующих иные компоненты лептин-меланокортиновой системы: LEPR (1p31), POMC (2p23.3), PCSK1 (5q15-q21), MC4R (18q22). Отличительной чертой мутации последнего является аутосомно-доминантный тип наследования. Кроме того, подобное состояние приводит к сопоставимому разрастанию сразу трех видов ткани (адипозной, костной и мышечной)[2]. Принципиально иная методика формирования групп риска среди детского населения включает в себя определение генетических предикторов артериальной гипертензии, поскольку множество исследователей отводят ей роль центрального звена патогенеза метаболического синдрома. Так, научным коллективом под руководством проф. К.И. Прощаева было продемонстрировано, что дефекты генов TNFα, Lta, а также TNFR первого, второго типа способствуют увеличению внутрисосудистого давления [5]. Аналогичное состояние характерно для нарушения строения и других наследственных факторов: AGT, ADD1, ACE, UCP2[7]. Достаточно обособленно от рассмотренных выше подходов стоит идентификация предикторов ведущего патогенетического звена — инсулинорезистентности, прогрессирующая которой связано с малым содержанием в крови таких адипокинов, как адипонектин. Упомянутое соединение являет собой коллагеноподобный белок, регулирующий углеводный и жировой обмены. Исходя из этого, становится очевидным, что его нехватка способна провоцировать метаболическую «катастрофу». Вдобавок мутантная форма описываемого вещества (аминокислотный остаток замещен аланином или серином) лишена возможности образовывать S-S связи и, как следствие, высокомолеку-

лярные комплексы. Лишь такие соединения, однако, полноценно реализуют свои функции [4].

Закключение. Представленные данные свидетельствуют о полигенном характере метаболического синдрома. Подобная особенность может стать ключом к разработке и внедрению принципиально иной методики определения групп риска среди детского населения, способной обеспечить весомое снижение инвалидизации и повышение качества жизни больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Леонтьева И.В. Диагностика и лечение метаболического синдрома в практике педиатра. Доктор. Ру. 2011; 2: 13–23.
2. Лифшиц Г.И., Кох Н.В., Киреева В.В. Некоторые молекулярно-генетические механизмы формирования ожирения и метаболического синдрома. Фармакогенетика и фармакогеномика. 2017; 1: 5–9.
3. Мамедов М.Н., Оганов Р.Г. Эпидемиологические аспекты метаболического синдрома. Кардиология. 2004; 9: 4–8.
4. Марамыгин Д.С., Ситников Р.В., Суменкова Д.В. Адипокины в патогенезе метаболического синдрома. Инновационная наука. 2017; 4: 197–207.
5. Рапопорт С.И., Кривошей И.В., Миланова С.Н. и др. Роль полиморфизма генов цитокинов в формировании артериальной гипертензии при метаболическом синдроме. Клиническая медицина. 2016; 7: 527–532.
6. Сеницын П.А. Порядина Г.И., Хмырова А.П. и др. Метаболический синдром у детей и подростков. Клинико-генетические параллели. Артериальная гипертензия. 2010; 5: 479–483.
7. Тыртова Л.В., Паршина Н.В., Скобелева К.В. Генетические и эпигенетические аспекты ожирения и метаболического синдрома, возможности профилактики в детском возрасте. Педиатр. 2013; 2: 3–11.
8. Успенский Ю.П., Петренко Ю.В., Гулунов З.Х. и др. Метаболический синдром. СПб., 2017.
9. Чубенко Е.А., Беляева О.Д., Беркович О.А. и др. Лептин и метаболический синдром. Российский физиологический журнал им. И.М. Сеченова. 2010; 10: 945–965.

ОЖИРЕНИЕ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Ермакова Ольга Алексеевна, Сергеева Юлия Валерьевна

Научные руководители: к.м.н., доцент Демина Елена Степановна, к.м.н., доцент Сичинава Ирина Григорьевна

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова. Кафедра эндокринологии педиатрического факультета. 117997, Москва, ул. Островитянова д. 1. E-mail: olgaermackow@gmail.com

Ключевые слова: ожирение; дети; медикаментозная терапия; лираглутид.

Введение. Поиск эффективных методов терапии ожирения представляет собой одну из самых актуальных медицинских задач во всем мире. Данная проблема исключительно значима и в педиатрической практике в связи с увеличением числа детей и подростков с избыточной массой тела и ожирением.

Основой терапии детского ожирения является комплекс мер, который включает коррекцию пищевого поведения, формирование и поддержание норм рационального питания с учетом возрастных особенностей, ежедневную физическую активность. Однако многим пациентам чрезвычайно сложно скорректировать устоявшиеся привычки, достичь и удержать положительные результаты лечения, в связи с чем нередко встает вопрос о необходимости дополнительной фармакотерапии.

До недавнего времени единственным препаратом для лечения неосложненного ожирения у детей являлся орлистат, который, уменьшая поступление жиров, приводил к снижению массы тела пациентов. Однако лечение орлистатом нередко сопровождается выраженными побочными эффектами, снижающими качество жизни и приверженность к терапии. В связи с этим продолжается разработка эффективных и безопасных методов лечения ожирения у детей.

В 2021 году Министерством здравоохранения Российской Федерации было одобрено применение аналога глюкагоноподобного пептида-1 (ГПП-1) лираглутида при лечении ожирения у детей старше 12 лет. Механизм действия препарата основан на активации рецепторов ГПП-1, который усиливает сигнал о насыщении как на уровне ЦНС, так и за счет замедления опорожнения желудка, что в последующем приводит к потере веса за счет регуляции аппетита и снижения потребления пищи.

Цель исследования. Оценить клиническую эффективность терапии ожирения у детей препаратом лираглутид.

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезни 4 пациентов в возрасте 12–13 лет с подтвержденным диагнозом первичной конституционально-экзогенной формы ожирения. Все па-

циенты придерживались рекомендаций врачей по коррекции образа жизни в течение минимум 1 года, однако значимого клинического эффекта достигнуто не было. При госпитализации в отделение эндокринологии РДКБ в дополнение к диетотерапии и дозированному физическим нагрузкам была инициирована терапия препаратом лираглутид в стартовой дозе 0,6 мг в сутки. Ежедневно проводилась коррекция дозировки — доза лираглутида повышалась на 0,6 мг в сутки до достижения терапевтической дозы 3,0 мг в сутки, при условии хорошей переносимости препарата. При повторной госпитализации через 3 месяца оценивались динамика индекса массы тела (ИМТ), показателей липидного обмена, процента жировой массы по данным биоимпедансометрии.

Результаты. В течение 3 месяцев у всех пациентов была достигнута терапевтическая доза — 3,0 мг лираглутида. На фоне проводимой терапии все пациенты отмечали снижение аппетита, уменьшение массы тела в среднем на 8,975 кг. По данным биоимпедансометрии, снижение веса происходило преимущественно за счет жировой ткани, уменьшение содержания жира в организме в среднем составило 6,15 кг. ИМТ снизился в среднем на 11,9% от исходных значений. Величина SDS ИМТ уменьшилась в среднем на 0,43, что у 2 из 4 пациентов позволило достигнуть более низкой степени ожирения. Отмечалась тенденция к нормализации липидного профиля, а именно снижение уровня ЛПНП в среднем на 0,24 ммоль/л. Все пациенты переносили терапию удовлетворительно, побочные эффекты не отмечались.

Выводы. Таким образом, подтвержденные нашими наблюдениями высокая эффективность и хорошая переносимость препарата лираглутид, позволяет рекомендовать его в качестве дополнительной терапии у подростков с конституционально-экзогенным ожирением. Применение лираглутида способствует более эффективному снижению массы тела, облегчает выполнение диетических рекомендаций, помогает в выработке новых пищевых привычек, а также корректирует липидный обмен.

ПОКАЗАТЕЛИ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ: СВЯЗЬ С ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ И ГИПОДИНАМИЕЙ

Балашова Александра Дмитриевна

Научный руководитель: к.м.н., доцент Ларина Наталья Геннадьевна

Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого. Кафедра педиатрии.

173003, г. Великий Новгород, ул. Большая Санкт-Петербургская, д. 41. E-mail: a.balashova97@gmail.com

Ключевые слова: подростки; ожирение; артериальная гипертензия; психология; гиподинамия.

Введение. Согласно исследованиям, проведенным в России, 27% мальчиков и 22% девочек имеют избыточную массу тела, 10,0 и 6,0%, соответственно страдают ожирением, одновременно у каждого третьего обследованного выявляются признаки метаболического синдрома (МС). Одним из компонентов МС является артериальная гипертензия. В зависимости от возраста и критериев диагностики доля, страдающих артериальной гипертензией (АГ) колеблется от 2,4 до 18%. Выраженная зависимость уровня артериального давления (АД) от уровня физической активности и психологического состояния пациента может иметь место на всех этапах развития заболевания. Избыточная масса тела и ожирение, как и АГ, неразрывно связаны с воздействием стрессорных факторов. Современные дети и подростки испытывают выраженные нервно-психические нагрузки, психологическое давление со стороны родителей, педагогов и сверстников. Профилактика и своевременное адекватное лечение ожирения и АГ, а также реабилитация в раннем возрасте поможет предотвратить экономические потери на государственном уровне.

Цель исследования. Изучение взаимосвязи гиподинамии, психологических особенностей и показателей артериального давления у подростков с ожирением.

Материалы и методы исследования. Обследовано 37 подростков, в возрасте 13–17 лет. I группа (n=20) представлена подростками с конституционально-экзогенным ожирением (КЭО) I–IV ст. и компонентами метаболического синдрома (МС): 10 юношей (ИМТ $32,1 \pm 5,6$) и 10 девушек (ИМТ $32,1 \pm 5,3$). II группу (n=17) составили подростки с КЭО I–IV ст. без метаболических изменений: 7 юношей (ИМТ $32 \pm 4,6$) и 10 девушек (ИМТ $30,4 \pm 4,3$). Для диагностики основного и сопутствующих диагнозов использованы стандартные методы клинического обследования, лабораторные и инструментальные методы, в том числе суточное мониторирование артериального давления (СМАД). Уровень двигательной активности оценивался методом анкетирования. Показатели уровней личностной и ситу-

ативной тревожности определялись с помощью тестов Ч.Д. Спилбергера — Ю.Л. Ханина. Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 10. Данные представлены в виде Me (25; 75). С целью анализа различий между группами были использованы U-критерий Манна-Уитни — для количественных показателей, а также Хи-квадрат Пирсона — для качественных. Анализ взаимосвязей между различными показателями произведен с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. По итогу анализа данных анкет среди пациентов обеих групп было выявлено преобладание гиподинамии в течение дня, независимо от пола и наличия МС ($p > 0,05$). У девушек I группы малоподвижный образ жизни встречался чаще ($p < 0,05$). Высокий уровень личностной тревожности отмечен более чем у 50% подростков с КЭО, однако достоверно чаще он выявлялся среди девушек I и II групп (80,0% и 70,0%), по сравнению с юношами (60,0% и 57,1%), $p < 0,05$. Указанные гендерные особенности могут подчеркивать более высокую значимость внешнего вида у девушек, чем у юношей, что в целом является известной тенденцией для данного возрастного периода. Показатели ситуативной тревожности у подростков с КЭО были высокими и составили у юношей и девушек $43,9 \pm 5,9$ и $44,9 \pm 5,2$; $43,8 \pm 7,5$ и $44,4 \pm 6,1$ по группам соответственно ($p > 0,05$).

По результатам суточного мониторинга артериального давления в I группе средние значения систолического АД (САД) и диастолического АД (ДАД) в течение дня и ночи превышали показатели 95-го перцентиля для соответствующего возраста и пола. САД в течение дня и ночи колебалось от 122 мм рт.ст. до 135 мм рт.ст. в группе юношей I группы, у юношей II группы — от 88 мм рт.ст. до 118 мм рт.ст. У девушек были отмечены сходные результаты. Индекс гипертензии у подростков I группы превышал 50% не зависимо от пола. Суточный индекс (СИ) САД у подростков I группы был повышен и составил 20%, что говорит о несомненно высоком САД в течение дня, в то время как во II группе пациентов

был СИ САД был оптимальным. СИ ДАД в I группе был недостаточно снижен как у юношей, так и девушек, во II группе — соответствовал норме. В ходе анализа циркадного суточного профиля АД было показано наличие патологических изменений суточного профиля САД: подростки II группы имели ригидный ритм АД в течение суток (СИ 0–10%) — т.н. тип кривой «non-dipper», подростки I группы — «over-dippers», т.е. с чрезмерной степенью снижения АД в ночное время (СИ >20%). При изучении суточного профиля ДАД подростки II группы имели монофазный циркадный профиль — «non-dipper», подростки I группы — нормальный циркадный профиль — «dipper». Установлены различия по всем показателям между группами на уровне статистической значимости $p=0,0001$.

В ходе корреляционного анализа установлено наличие взаимосвязей личностных характеристик, уровня двигательной активности и ИМТ у обследованных подростков. Значения коэффициента корреляции свидетельствуют об умеренных и сильных связях между показателями. Наибольшее количество взаимосвязей показателей наблюдалось среди девушек II группы, в том числе были выявлены связи с психологическими характеристиками и уровнем двигательной активности, чего практически не было отмечено в других группах пациентов. Среди них высокие значения ИМТ сопровождалась гиподинамией, высокими уровнями личностной и ситуативной тревожности, девушки имели склонность к более медленному утреннему подъему ДАД,

но более высокие величины АД. Выявленные различия по полу, вероятно, обусловлены нейрогуморальными и метаболическими влияниями, которые в пубертатный период претерпевают значительные изменения.

Выводы. 1. Подростки, страдающие ожирением, независимо от пола и наличия компонентов МС, в большинстве случаев имели недостаточную двигательную активность в течение дня, высокие уровни личностной и ситуативной тревожности. Данный факт говорит в пользу обязательного включения дозированной физической нагрузки в распорядок дня пациентов с ожирением, обуславливает необходимость их психологической и социальной реабилитации. 2. Выявленные особенности имели тенденцию к большей выраженности среди девушек с КЭО и компонентами МС. 3. Высокие уровни личностной и ситуативной тревожности коррелировали с низким уровнем двигательной активности, высокими значениями ИМТ и показателями АД у девушек с КЭО без МС. Прогностически вероятно, что в данной группе девушек в случае сохранения ими прежнего образа жизни риски реализации АГ будут крайне высоки. 4. Подростки с ожирением имели прогностически неблагоприятные показатели колебаний АД в течение суток даже при отсутствии у них подтвержденной артериальной гипертензии. Своевременная диагностика артериальной гипертензии, а также подбор адекватной терапии при установленном диагнозе позволят снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ ЭКТОПИИ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В КОРЕНЬ ЯЗЫКА

Алейник Елена Геннадьевна

Научный руководитель: д.м.н., заведующий кафедрой Долгополов Игорь Станиславович

Тверской государственный медицинский университет. Кафедра педиатрии педиатрического факультета.
170100, г. Тверь, ул. Советская, 4. lenaaleynik98@gmail.com

Ключевые слова: эктопия; щитовидная железа; гипотиреоз; ультразвуковое исследование; левотироксин.

Введение. Эктопия ЩЖ в корень языка диагностируется с частотой от 1:100 000 до 1:300 000 новорожденных. Проявляется гипотиреозом и симптомами обструкции, обусловленными гипертрофией тиреоидной ткани. Клинические признаки появляются достаточно рано и в 70% случаев проявляются дисфагией и/или дисфонией. Ранняя диагностика и начало терапии позволяют не только избежать оперативного лечения и развития осложнений, но и обеспечивают высокое качество жизни пациента.

Цель исследования. Представить случай лингвальной эктопии ЩЖ у ребенка с субклиническим гипотиреозом и предложить эффективную диагностическую и терапевтическую тактику.

Материалы и методы. У мальчика 7 лет без клинических признаков гипотиреоза при плановом обследовании у оториноларинголога выявлено объемное бессимптомное образование корня языка.

Результаты. По средней линии на корне языка имеется округлое, не смещаемое, безболезненное образование около 20 мм в диаметре. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. На УЗИ картина эктопированной ткани ЩЖ в корень языка, при отсутствии ЩЖ в типичном месте на шее. Имеется суб-

клинический гипотиреоз с уровнем ТТГ 12,8 мкМЕ/мл (норма 0,6–4,84), Т4 свободный 14,4 пмоль/л (норма 11,2–18,6). Наличие эктопии подтверждено тиреосцинтиграфией с ^{99m}Tc -пертехнетатом. После трех месяцев терапии левотироксином 50 мкг/сут отмечается нормализация ТТГ 3,37 мкМЕ/мл и сокращение объема эктопированной ткани ЩЖ на УЗИ с 3,3 мл до 2,13 мл. При NGS полноэкзомном секвенировании патогенных вариантов мутаций в генах не выявлено.

Заключение. При подозрении на эктопию ЩЖ проведение УЗИ с доплеровским картированием дает возможность идентифицировать эктопированную ткань и выявить отсутствие ЩЖ в типичной анатомической области. Исследование гормонального профиля и последующая скintiграфия позволяют поставить окончательный диагноз, оценить функцию эктопированного органа и определиться с вариантом медикаментозного и/или оперативного лечения. Эффективная заместительная терапия левотироксином на ранних этапах развития зоба под контролем уровня тиреоидных гормонов исключает хирургическое вмешательство и обеспечивает хорошее качество жизни.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЗДНО ДИАГНОСТИРОВАННОГО ВРОЖДЕННОГО ГИПОТИРЕОЗА

Кретицина Анастасия Ивановна

Научные руководители: д.м.н., профессор Тыртова Людмила Викторовна,
к.м.н., доцент Оленев Алексей Сергеевич

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. Кафедра факультетской педиатрии.
194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2. E-mail: anastasiya_kretinina@mail.ru

Ключевые слова: врожденный гипотиреоз; дети; желтуха; гипербилирубинемия; поздняя диагностика.

Введение. Врожденный гипотиреоз группа заболеваний щитовидной железы, характеризующихся частичным или полным выпадением ее функции, гетерогенная по этиологии. Гормоны щитовидной железы необходимы для всех видов обмена, миелинизации нервных волокон и формирования мозговых центров. Для благоприятного прогноза заместительная терапия препаратами левотироксина натрия должна быть начата сразу после установления диагноза, а также в сомнительных случаях [1–3].

Цель исследования. Оценить особенности клинической картины и результаты обследования ребенка с поздно диагностированным врожденным гипотиреозом.

Материалы и методы. Пациентка А., 14.07.2022 г.р. с врожденным гипотиреозом, диагностированным в Клинике СПб ГПМУ на основании клинико-лабораторных данных.

Результат (описание клинического случая). Девочка от 2 беременности, протекавшей на фоне гестоза, гестационного сахарного диабета, ожирения. Первая беременность закончилась выкидышем на ранних сроках. При рождении масса 2800 грамм, длина тела 47 см. Проведен неонатальный скрининг. Из родильного дома выписана на 4 сутки жизни. После выписки была вызвана в поликлинику на 2 этап неонатального скрининга, анализ крови был сдан, но результат со слов матери, не был своевременно сообщен. Со 2 недели жизни в связи с желтухой и вялым сосанием неоднократно госпитализировалась в больницу по месту жительства, где зарегистрированы гипогликемия до 2,6 ммоль/л и гипербилирубинемия; получала фототерапию без существенной динамики.

В возрасте 3 месяца и 3 дня экстренная госпитализация в Клинику СПб ГПМУ в связи с прогрессированием желтухи. При поступлении масса тела 3700 грамм, длина тела 48 см, кожные покровы иктеричные, сухие, отмечается цианоз носогубного треугольника; обращает на себя внимание макроглоссия, муцинозные отеки лица, конечностей, мышечная гипотония, пупочная грыжа; двигательная

активность снижена; установлен назогастральный зонд в связи с вялым сосанием. Крик вялый, голос низкого тембра. Большой родничок открыт 3*3 см, малый родничок 0,5*0,5 см. Тоны сердца умеренно приглушены, выслушивается систолический шум. Живот мягкий, безболезненный, слегка подвздут. ТТГ >48,600 мкЕ/мл. В клиническом анализе крови: Hb 82 г/л, эр $2,77 \times 10^{12}$ /л, лейкоц $6,5 \times 10^9$ /л, тр 350×10^9 /л, п/я 5%, с/я 33%, э 1%, л 67,9%, СОЭ 2 мм/час. Биохимический анализ крови: ферритин 372 мкг/л, железо 19,1 мкмоль/л, холестерин 2,85 ммоль/л, билирубин общий 76,4 мкмоль/л, АЛТ 59 ед/л, АСТ 98 ед/л, глюкоза 3 ммоль/л, ГГТ 95 ед/л. Гормональный анализ крови: ТТГ >48,600, Т4 4,8 пмоль/л (при поступлении). На основании клинического симптомокомплекса и лабораторных показателей диагностирован врожденный гипотиреоз, который подтвержден дополнительно затребованными результатами ТТГ из поликлиники (408,26 мкЕ/мл, повторно более 527,14 мкЕ/мл). УЗИ щитовидной железы- тиреоидная ткань обнаружена в типичном месте. МРТ головного мозга- МР-картина расширения наружных ликворных пространств атрофического характера. Гипоплазия мозолистого тела. На фоне начала терапии левотироксином через 10 дней Т4св. 14,8 пмоль/л, ТТГ 42,45 мкМЕ/мл. На фоне достижения нормотироксинемии отмечена положительная динамика со стороны клинической картины: исчезли муцинозные отеки, иктеричность кожи, повысилась двигательная активность; нормализовался уровень билирубина в крови.

Заключение. Несмотря на повсеместное введение неонатального скрининга на врожденный гипотиреоз детские врачи должны сохранять бдительность в отношении этого заболевания для того, чтобы своевременно, в периоде новорожденности, осуществлять диагностику и назначать гормональную заместительную терапию с целью предотвращения осложнений, в том числе необратимых.

ЛИТЕРАТУРА

1. Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: учебн. пособие /

- под ред. проф. Н.П. Шабалова. — 5-е изд., доп. и перераб. Москва: МЕДпресс-информ, 2021. 456 с.
2. Петеркова В.А., Безлепкина О.Б., Ширяева Т.Ю., Вадина Т.А., Нагаева Е.В., Чикулаева О.А., Шредер Е.В., Конюхова М.Б., Макрецкая Н.А., Шестопалова Е.А., Митькина В.Б. Клинические рекомендации «врожденный гипотиреоз» // Проблемы эндокринологии. 2022. Т. 68. № 2. С. 90–103. DOI: <https://doi.org/10.14341/probl12880>.
 3. Пименова Н.Р., Каширская Е.И. Практическое значение неонатального скрининга врожденного гипотиреоза // Астраханский медицинский журнал. 2021. Т. 16. № 2. С. 71–75.

ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ

Утв. приказом ректора

ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России от 15.03.2021 г.

НАСТОЯЩИЕ ПРАВИЛА ДЛЯ АВТОРОВ ЯВЛЯЮТСЯ ИЗДАТЕЛЬСКИМ ДОГОВОРОМ

Условия настоящего Договора (далее «Договор») являются публичной офертой в соответствии с п. 2 ст. 437 Гражданского кодекса Российской Федерации. Данный Договор определяет взаимоотношения между редакцией журнала «Children's medicine of the North-West (Детская медицина Северо-Запада)» (далее по тексту «Журнал»), зарегистрированного Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (РОСКОМНАДЗОР), Пи № ФС77-805334 от 1 марта 2021 г., именуемой в дальнейшем «Редакция» и являющейся структурным подразделением ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, и автором и/или авторским коллективом (или иным правообладателем), именуемым в дальнейшем «Автор», принявшим публичное предложение (оферту) о заключении Договора.

Автор передает Редакции для издания авторский оригинал или рукопись. Указанный авторский оригинал должен соответствовать требованиям, указанным в разделах «Представление рукописи в журнал», «Оформление рукописи». При рассмотрении полученных авторских материалов Журнал руководствуется «Едиными требованиями к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» (Intern. committee of medical journal editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals // Ann. Intern. Med. 1997; 126: 36–47).

В Журнале печатаются ранее не опубликованные работы по профилю Журнала.

Журнал не рассматривает работы, результаты которых по большей части уже были опубликованы или описаны в статьях, представленных или принятых для публикации в другие печатные или электронные средства массовой информации. Представляя статью, автор всегда должен ставить редакцию в известность обо всех направлениях этой статьи в печать и о предыдущих публикациях, которые могут рассматриваться как множественные или дублирующие публикации той же самой или очень близкой работы. Автор должен уведомить редакцию о том, содержит ли статья уже опубликованные материалы и предоставить ссылки на предыдущую, чтобы дать редакции возможность принять решение, как поступить в данной ситуации. Не принимаются к печати статьи, пред-

ставляющие собой отдельные этапы незавершенных исследований, а также статьи с нарушением «Правил и норм гуманного обращения с биообъектами исследований».

Размещение публикаций возможно только после получения положительной рецензии.

Все статьи, в том числе статьи аспирантов и докторантов, публикуются бесплатно.

ПРЕДСТАВЛЕНИЕ РУКОПИСИ В ЖУРНАЛ

Авторский оригинал принимает редакция. Подписанная Автором рукопись должна быть отправлена в адрес редакции по электронной почте на адрес lt2007@inbox.ru. Автор должен отправить конечную версию рукописи и дать файлу название, состоящее из фамилии первого автора и первых 2–3 сокращенных слов из названия статьи. Информацию об оформлении можно уточнить на сайте: <http://ojs3.gpmu.org/index.php/childmed/index>.

СОПРОВОДИТЕЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ

К авторскому оригиналу необходимо приложить экспертное заключение о возможности опубликования в открытой печати (бланк можно скачать на сайте <https://www.gpmu.org/science/pediatrics-magazine/>).

Рукопись считается поступившей в Редакцию, если она представлена комплектно и оформлена в соответствии с описанными требованиями. Предварительное рассмотрение рукописи, не заказанной Редакцией, не является фактом заключения между сторонами издательского Договора.

Для публикации в Журнале необходимо предоставить рукопись и направление на публикацию от учреждения с разрешением на публикацию в открытой печати.

При представлении рукописи в Журнал Авторы несут ответственность за раскрытие своих финансовых и других конфликтных интересов, способных оказать влияние на их работу. В рукописи должны быть упомянуты все лица и организации, оказавшие финансовую поддержку (в виде грантов, оборудования, лекарств или всего этого вместе), а также другое финансовое или личное участие.

АВТОРСКОЕ ПРАВО

Редакция отбирает, готовит к публикации и публикует переданные Авторами материалы. Авторское право на конкретную статью принадлежит авторам статьи. Авторский гонорар за публикации статей в Журнале не выплачивается. Автор передает, а Редакция принимает авторские материалы на следующих условиях:

- 1) Редакции передается право на оформление, издание, передачу Журнала с опубликованным материалом Автора для целей реферирования статей из него в Реферативном журнале ВИНТИ, РНИЦ и базах данных, распространение Журнала/авторских материалов в печатных и электронных изданиях, включая размещение на выбранных либо созданных Редакцией сайтах в сети Интернет в целях доступа к публикации в интерактивном режиме любого заинтересованного лица из любого места и в любое время, а также на распространение Журнала с опубликованным материалом Автора по подписке;
- 2) территория, на которой разрешается использовать авторский материал, — Российская Федерация и сеть Интернет;
- 3) срок действия Договора — 5 лет. По истечении указанного срока Редакция оставляет за собой, а Автор подтверждает бессрочное право Редакции на продолжение размещения авторского материала в сети Интернет;
- 4) Редакция вправе по своему усмотрению без каких-либо согласований с Автором заключать договоры и соглашения с третьими лицами, направленные на дополнительные меры по защите авторских и издательских прав;
- 5) Автор гарантирует, что использование Редакцией предоставленного им по настоящему Договору авторского материала не нарушит прав третьих лиц;
- 6) Автор оставляет за собой право использовать предоставленный по настоящему Договору авторский материал самостоятельно, передавать права на него по договору третьим лицам, если это не противоречит настоящему Договору;
- 7) Редакция предоставляет Автору возможность безвозмездного получения справки с электронными адресами его официальной публикации в сети Интернет;
- 8) при перепечатке статьи или ее части ссылка на первую публикацию в Журнале обязательна.

ПОРЯДОК ЗАКЛЮЧЕНИЯ ДОГОВОРА И ИЗМЕНЕНИЯ ЕГО УСЛОВИЙ

Заключением Договора со стороны Редакции является опубликование рукописи данного Автора в журнале «Children's medicine of the North-West» и

размещение его текста в сети Интернет. Заключением Договора со стороны Автора, т. е. полным и безоговорочным принятием Автором условий Договора, является передача Автором рукописи и экспертного заключения.

ОФОРМЛЕНИЕ РУКОПИСИ

Редакция журнала приветствует полностью двуязычные статьи.

Статья должна иметь **(НА РУССКОМ И АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКАХ)**:

1. **Заглавие** (Title) должно быть кратким (не более 120 знаков), точно отражающим содержание статьи.

2. **Сведения об авторах** (публикуются). Для каждого автора указываются: фамилия, имя и отчество, место работы, почтовый адрес места работы, e-mail, ORCID. Фамилии авторов рекомендуется транслитерировать так же, как в предыдущих публикациях или по системе BGN (Board of Geographic Names), см. сайт <http://www.translit.ru>.

3. **Резюме** (Summary) (1500–2000 знаков, или 200–250 слов) помещают перед текстом статьи. Резюме не требуется при публикации рецензий, отчетов о конференциях, информационных писем.

Авторское резюме к статье является основным источником информации в отечественных и зарубежных информационных системах и базах данных, индексирующих журнал. Резюме доступно на сайте журнала «Children's medicine of the North-West» и индексируется сетевыми поисковыми системами. Из аннотации должна быть понятна суть исследования, нужно ли обращаться к полному тексту статьи для получения более подробной, интересующей его информации. Резюме должно излагать только существенные факты работы.

Рекомендуемая структура аннотации: введение (Background), цели и задачи (Purposes and tasks), методы (Materials and methods), результаты (Results), выводы (Conclusion). Предмет, тему, цель работы нужно указывать, если они не ясны из заглавия статьи; метод или методологию проведения работы целесообразно описывать, если они отличаются новизной или представляют интерес с точки зрения данной работы. Объем текста авторского резюме определяется содержанием публикации (объемом сведений, их научной ценностью и/или практическим значением) и должен быть в пределах 200–250 слов (1500–2000 знаков).

4. **Ключевые слова** (Key words) от 3 до 10 ключевых слов или словосочетаний, которые будут способствовать правильному перекрестному индексированию статьи, помещаются под резюме с подзаголовком «ключевые слова». Используйте термины из списка медицинских предметных заго-

ловков (Medical Subject Headings), приведенного в Index Medicus (если в этом списке еще отсутствуют подходящие обозначения для недавно введенных терминов, подберите наиболее близкие из имеющихся). Ключевые слова разделяются точкой с запятой.

5. Заголовки таблиц, подписи к рисункам, а также все тексты на рисунках и в таблицах должны быть на русском и английском языках.

6. Литература (References). Список литературы должен представлять полное библиографическое описание цитируемых работ в соответствии с NLM (National Library of Medicine) Author A.A., Author B.B., Author C.C. Title of article. Title of Journal. 2005;10(2):49–53.

Список формируется в порядке упоминания источников (если источник упоминается несколько раз, то используется номер ссылки первого упоминания). В описании указываются ВСЕ авторы публикации. Библиографические ссылки в тексте статьи даются цифрой в квадратных скобках. Ссылки на неопубликованные работы не допускаются.

Книга: Автор(ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания.

Если в качестве автора книги выступает редактор, то после фамилии следует ред.

Преображенский Б. С., Тёмкин Я. С., Лихачёв А. Г. Болезни уха, горла и носа. М.: Медицина; 1968.

Радзинский В. Е., ред. Перинеология: учебное пособие. М.: РУДН; 2008.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. eds. Vocal cord injection with autogenous fat. 3 rd ed. NY: Mosby; 1998.

Глава из книги: Автор (ы) название главы (знак точка) В кн.: или In: далее описание книги [Автор (ы) название книги (знак точка) место издания (двоеточие) название издательства (знак точка с запятой) год издания] (двоеточие) стр. от и до.

Коробков Г. А. Темп речи. В кн.: Современные проблемы физиологии и патологии речи: сб. тр. Т. 23. М.; 1989: 107–111.

Статья из журнала

Автор (ы) название статьи (знак точка) название журнала (знак точка) год издания (знак точка с запятой) том (если есть в круглых скобках номер журнала) затем знак (двоеточие) страницы от и до.

Кирющенко А. П., Совчи М. Г., Иванова П. С. Поликистозные яичники. Акушерство и гинекология. 1994; N 1: 11–4.

Brandenburg J. H., Ponti G. S., Worring A. F. Vocal cord injection with autogenous fat: a long-term magnetic resonance. Laryngoscope. 1996; 106 (2, pt 1): 174–80.

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Бабий А. И., Левашов М. М. Новый алгоритм нахождения кульминации экспериментального ни-

стагма (миниметрия). III съезд оториноларингологов Респ. Беларусь: тез. докл. Минск; 1992: 68–70.

Салов И. А., Маринушкин Д. Н. Акушерская тактика при внутриутробной гибели плода. В кн.: Материалы IV Российского форума «Мать и дитя». М.; 2000; ч. 1: 516–9.

Авторефераты

Петров С. М. Время реакции и слуховая адаптация в норме и при периферических поражениях слуха. Автореф. дис... канд. мед. наук. СПб.; 1993.

Описание Интернет-ресурса

Щеглов И. Насколько велика роль микрофлоры в биологии вида-хозяина? Живые системы: научный электронный журнал. Доступен по: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (дата обращения 02.07.2012).

Kealy M. A., Small R. E., Liamputtong P. Recovery after caesarean birth: a qualitative study of women's accounts in Victoria, Australia. BMC Pregnancy and Childbirth. 2010. Available at: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/47/>. (accessed 11.09.2013).

Для всех статей, имеющих DOI, индекс необходимо указывать в конце библиографического описания.

По новым правилам, учитывающим требования международных систем цитирования, библиографические списки (References) входят в англоязычный блок статьи и, соответственно, должны даваться не только на языке оригинала, но и в латинице (романским алфавитом). Поэтому авторы статей должны давать список литературы в двух вариантах: один на языке оригинала (русскоязычные источники кириллицей, англоязычные латиницей), как было принято ранее, и отдельным блоком тот же список литературы (References) в романском алфавите для Scopus и других международных баз данных, повторяя в нем все источники литературы, независимо от того, имеются ли среди них иностранные. Если в списке есть ссылки на иностранные публикации, они полностью повторяются в списке, готовящемся в романском алфавите.

В романском алфавите для русскоязычных источников требуется следующая структура библиографической ссылки: автор(ы) (транслитерация), перевод названия книги или статьи на английский язык, название источника (транслитерация), выходные данные в цифровом формате, указание на язык статьи в скобках (in Russian).

Технология подготовки ссылок с использованием системы автоматической транслитерации и переводчика.

На сайте <http://www.translit.ru> можно бесплатно воспользоваться программой транслитерации русского текста в латиницу. Программа очень простая.

1. Входим в программу Translit.ru. В окошке «варианты» выбираем систему транслитерации BGN (Board of Geographic Names). Вставляем в специальное поле весь текст библиографии на русском языке и нажимаем кнопку «в транслит».

2. Копируем транслитерированный текст в готовящийся список References.

3. Переводим с помощью автоматического переводчика название книги, статьи, постановления и т.д. на английский язык, переносим его в готовящийся список. Перевод, безусловно, требует редактирования, поэтому данную часть необходимо готовить человеку, понимающему английский язык.

4. Объединяем описания в соответствии с принятыми правилами и редактируем список.

5. В конце ссылки в круглых скобках указывается (in Russian). Ссылка готова.

Примеры транслитерации русскоязычных источников литературы для англоязычного блока статьи

Книга: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) [The title of the book in english] (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya.

Preobrazhenskiy B. S., Temkin Ya. S., Likhachev A. G. Bolezni ukha, gorla i nosa. [Diseases of the ear, nose and throat]. M.: Meditsina; 1968. (in Russian).

Radzinskiy V. E., ed. Perioneologiya: uchebnoe posobie. [Perineology tutorial]. M.: RUDN; 2008. (in Russian).

Глава из книги: Avtor (y) Nazvanie glavy (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) In: Avtor (y) Nazvanie knigi (znak tochka) Mesto izdaniya (dvoetochie) Nazvanie izdatel'stva (znak tochka s zapyatoy) god izdaniya. (dvoetochie) stranitsy ot i do.

Korobkov G. A. Temp rechi. [Rate of speech]. In: Sovremennye problemy fiziologii i patologii rechi: sb. tr. T. 23. M.; 1989: 107–11. (in Russian).

Статья из журнала: Avtor (y) Nazvanie stat'i (znak tochka) [The title of the article in english] (znak tochka) Nazvanie zhurnala (znak tochka) god izdaniya (znak tochka s zapyatoy) tom (esli est' v kruglykh skobkakh nomer zhurnala) zatem (znak dvoetochie) stranitsy ot i do.

Kiryushchenkov A. P., Sovchi M. G., Ivanova P. S. Polikistoznye yaichniki. [Polycystic ovary]. Akusherstvo i ginekologiya. 1994; N 1: 11–4. (in Russian).

Тезисы докладов, материалы научных конф.

Babiy A. I., Levashov M. M. Novyy algoritn nakhozhdeniya kul'minatsii eksperimental'nogo nistagma (minimetriya). [New algorithm of finding of the culmination experimental nystagmus (minimetriya)]. III s'ezd otorinolaringologov Resp. Belarus': tez. dokl. Minsk; 1992: 68–70. (in Russian).

Salov I. A., Marinushkin D. N. Akusherskaya taktika pri vnutritrobnoy gibeli ploda. [Obstetric tactics in

intrauterine fetal death]. In: Materialy IV Rossiyskogo foruma «Mat' i ditya». M.; 2000; ch.1:516–9. (in Russian).

Авторефераты

Petrov S. M. Vremya reaktsii i slukhovaya adaptatsiya v norme i pri perifericheskikh porazheniyakh slukha. [Time of reaction and acoustical adaptation in norm and at peripheral defeats of hearing]. PhD thesis. SPb.; 1993. (in Russian).

Описание Интернет-ресурса

Shcheglov I. Naskol'ko velika rol' mikroflory v biologii vida-khozyaina? [How great is the microflora role in type-owner biology?]. Zhivye sistemy: nauchnyy elektronnyy zhurnal. Available at: http://www.biorf.ru/catalog.aspx?cat_id=396&d_no=3576 (accessed 02.07.2012). (in Russian).

ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА ПРАВИЛЬНОСТЬ БИБЛИОГРАФИЧЕСКИХ ДАННЫХ НЕСЕТ АВТОР.

Остальные материалы предоставляются либо на русском, либо на английском языке, либо на обоих языках по желанию.

СТРУКТУРА ОСНОВНОГО ТЕКСТА СТАТЬИ

Введение, изложение основного материала, заключение, литература. Для оригинальных исследований — введение, методика, результаты исследования, обсуждение результатов, литература (IMRAD).

В разделе «методика» обязательно указываются сведения о статистической обработке экспериментального или клинического материала. Единицы измерения даются в соответствии с Международной системой единиц — СИ. Фамилии иностранных авторов, цитируемые в тексте рукописи, приводятся в оригинальной транскрипции.

Объем рукописей.

Объем рукописи обзора не должен превышать 25 стр. машинописного текста через два интервала, 12 кеглем (включая таблицы, список литературы, подписи к рисункам и резюме на английском языке), поля не менее 25 мм. Нумеруйте страницы последовательно, начиная с титульной. Объем рукописи статьи экспериментального характера не должен превышать 15 стр. машинописного текста; кратких сообщений (писем в редакцию) — 7 стр.; отчетов о конференциях — 3 стр.; рецензий на книги — 3 стр. Используйте колонтитул — сокращенный заголовок и нумерацию страниц, для помещения вверху или внизу всех страниц статьи.

Иллюстрации и таблицы. Число рисунков рекомендуется не более 5. В подписях под рисунками должны быть сделаны объяснения значений всех кривых, букв, цифр и прочих условных обозначений. Все графы в таблицах должны иметь заголовки. Повторять одни и те же данные в тексте, на рисунках и в таблицах не следует. **Все надписи на рисунках и в таблицах приводятся на русском и английском языках.**

Рисунки, схемы, фотографии должны быть представлены в точечных форматах tif, bmp (300–600 dpi), или в векторных форматах pdf, ai, eps, cdr. При оформлении графических материалов учитывайте размеры печатного поля Журнала (ширина иллюстрации в одну колонку — 90 мм, в 2 — 180 мм). Масштаб 1:1.

В конце каждой статьи обязательно указываются вклад авторов в написание статьи, источники финансирования (если имеются), отсутствие конфликта интересов, наличие согласия на публикацию со стороны пациентов.

РЕЦЕНЗИРОВАНИЕ

Статьи, поступившие в редакцию, обязательно рецензируются. Если у рецензента возникают вопросы, то статья с комментариями рецензента возвращается Автору. Датой поступления статьи считается дата получения Редакцией окончательного варианта статьи. Редакция оставляет за собой право внесения ре-

дакторских изменений в текст, не искажающих смысла статьи (литературная и технологическая правка).

АВТОРСКИЕ ЭКЗЕМПЛЯРЫ ЖУРНАЛА

Редакция обязуется выдать Автору 1 экземпляр Журнала на каждую опубликованную статью вне зависимости от числа авторов. Авторы, проживающие в Санкт-Петербурге, получают авторский экземпляр Журнала непосредственно в Редакции. Иногородним Авторам авторский экземпляр Журнала высылается на адрес автора по запросу от автора. Экземпляры спецвыпусков не отправляются авторам.

АДРЕС РЕДАКЦИИ

194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., 2
e-mail: lt2007@inbox.ru.

Сайт журнала: <http://ojs3.gpmu.org/index.php/childmed/index>.

ИЗДАТЕЛЬСТВО ПЕДИАТРИЧЕСКОГО УНИВЕРСИТЕТА ПРЕДСТАВЛЯЕТ

ОРТОПЕДИЧЕСКАЯ СТОМАТОЛОГИЯ. ПРОТЕЗИРОВАНИЕ НЕСЪЁМНЫМИ КОНСТРУКЦИЯМИ ЗУБНЫХ ПРОТЕЗОВ

М. Ф. Сухарев, С. Б. Фиццев, М. Г. Рожкова



Учебник соответствует программе Министерства здравоохранения Российской Федерации по ортопедической стоматологии, предназначен и будет полезным для преподавателей курсов и стоматологических кафедр, студентов стоматологических факультетов, ординаторов, аспирантов, врачей-стоматологов.

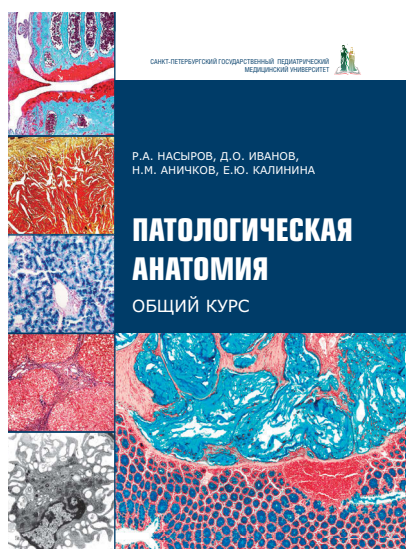
Авторы будут признательны за критические замечания и дополнения.

Твердый переплет, цветные иллюстрации, 464 страницы.

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:
<https://www.labirint.ru/books/877708/>

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ. ОБЩИЙ КУРС

Р.А. Насыров, Д.О. Иванов, Н.М. Аничков, Е.Ю. Калинина



В общем курсе патологической анатомии (клинической патоморфологии) рассмотрены вопросы общей патологической анатомии: методы исследования в патоморфологии, повреждение и гибель клеток и тканей, в том числе старение; нарушения кровообращения и иных сред организма, воспаление, репарация и регенерация, заживление ран, иммунная патология, адаптация, патология роста клеток и их дифференцировки, опухоли, генетические заболевания, учение о диагнозе в патологической анатомии, патология и факторы окружающей среды, патология, вызванная питанием, констатация смерти и др.

Учебник рассчитан на студентов-медиков всех факультетов, а также на врачей, интересующихся вопросами общей патологической анатомии.

Твердый переплет, цветные иллюстрации, 280 страниц.

Приобрести издание можно в интернет-магазине Лабиринт:
<https://www.labirint.ru/books/777658/>
