



27-28
НОЯБРЯ
2024

РЯЗАНЬ



Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский
университет имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МАТЕРИАЛЫ

Всероссийской конференции с международным участием

**Актуальные вопросы лечения
и современные технологии
в педиатрии и неонатологии**

посвященной 90-летию со дня рождения профессора Дмитриевой Н. В.

РЯЗАНЬ, 2024

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

МАТЕРИАЛЫ
Всероссийской конференции
с международным участием

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ
И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ПЕДИАТРИИ И НЕОНАТОЛОГИИ

посвящённой 90-летию
со дня рождения профессора Дмитриевой Н. В.

Рязань, 27–28 ноября 2024 г.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

М431

Рецензенты:

Белых Н. А., д.м.н., заведующий кафедрой факультетской и поликлинической педиатрии с курсом педиатрии ФДПО;
Дмитриев А. В., д.м.н., заведующий кафедрой детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

Составители:

Федина Н. В., к.м.н., доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии;
Гудков Р. А., к.м.н., доцент кафедры детских болезней с курсом госпитальной педиатрии

М431 Материалы Всероссийской конференции с международным участием «Актуальные вопросы лечения и современные технологии в педиатрии и неонатологии», посвящённой 90-летию со дня рождения профессора Дмитриевой Н. В. (Рязань, 27-28 ноября 2024 г.) / сост.: Н. В. Федина, Р. А. Гудков; ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России. – Рязань, 2024. – 39 с.

В сборник включены тезисы студентов, ординаторов и практических врачей из Москвы, Рязани, Ставрополя, Кубани, Луганска, по наиболее актуальным вопросам педиатрии и неонатологии. Сборник представляет интерес для педиатров, неонатологов, пульмонологов, инфекционистов, а также для практикующих врачей других специальностей.

УДК 616-053.2

ББК 57.3

ОГЛАВЛЕНИЕ

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ПОСТАНОВКОЙ НА ВОИНСКИЙ УЧЁТ <i>Бурьян С. И., Цыбулина А. В., Пустабаева М. С.</i>	5
ТЕЧЕНИЕ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ <i>Глотова И. А., Шилина С. А.</i>	7
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ПИОМИОЗИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У РЕБЁНКА 17 ЛЕТ <i>Гусев Д. В., Гусева Е. В., Тихонова А. С., Матрос Е. С.</i>	9
АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ГБУ РО «ОДКБ ИМЕНИ Н. В. ДМИТРИЕВОЙ» <i>Колесникова К. А.</i>	12
СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИЕРСИНИОЗА У ПОДРОСТКА: СЛОЖНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ <i>Кузин А. В., Сергеева А. Е.</i>	13
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЦЕЛИАКИИ <i>Кузина Е. С., Умеров Ю. А.</i>	16
ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ СТОПЫ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ <i>Луговая К. А., Кравченко Д. И., Быцанев А. А.</i>	18
НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ КЛЕТОЧНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ МЛАДЕНЦЕВ – РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА <i>Маврина Т. А.</i>	20
ОСОБЕННОСТИ АДРОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ <i>Прохина С. А.</i>	22
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАНЯТИЙ ПЛАВАНИЕМ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА <i>Сафронова А. А., Супруга А. А.</i>	25

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНСИНУСИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АБСЦЕССАМИ И ЭПИДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ <i>Тихонова А. С., Гусева Е. В., Матрос Е. С., Гусев Д. В.</i>	27
ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АЭРОИОНОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ СИСТЕМЫ <i>Хаматова А. А., Ермаков В. Н.</i>	30
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОЙ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ <i>Цыбулина А. В., Бурьян С. И., Пустабаева М. С.</i>	33
ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ (CONGENITAL CENTRAL HYPOVENTILATION SYNDROME, CCHS, ONDINE’S CURSE, СИНДРОМ УНДИНЫ) <i>Чекмарева А. Д., Артамонова Е. К.</i>	35
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОКЛЮША У ГРУДНОГО РЕБЕНКА <i>Шилина С. А., Фалетров М. В., Тарара Ю. К., Аникеева Н. А., Симонайтес А. А., Йешкина М. Н., Варварина Ю. П., Агапова А. И.</i>	38

СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЮНОШЕЙ ДОПРИЗЫВНОГО ВОЗРАСТА ПЕРЕД ПОСТАНОВКОЙ НА ВОИНСКИЙ УЧЁТ

*Бурьян Светлана Ивановна, Цыбулина Антонина Викторовна,
Пустабаева Марина Сергеевна*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Белаш Т. А.
Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь

Актуальность. Сохранение здоровья подростков – одна из приоритетных задач развития общества. По данным литературы неудовлетворительные показатели здоровья подростков наряду с реальным сокращением их численности объективно способствуют снижению количества молодых людей, способных эффективно обеспечить развитие нашей страны. Необходимо укреплять здоровье подрастающего поколения, создавать условия для формирования интеллектуального, производственного, социально-экономического потенциала, которые в будущем позволят обеспечить должный уровень благосостояния страны, повысить обороноспособность и обеспечить безопасность государства в последующие десятилетия.

Цель. Охарактеризовать структуру заболеваемости у юношей Ставропольского края (СК) допризывного возраста перед постановкой на воинский учет.

Материалы и методы. Обследован 571 подросток мужского пола в возрасте от 16 до 18 лет. Проведен ретроспективный анализ медицинских карт развития юношей, прикрепленных к Городской детской поликлинике №3 города Ставрополя. Пациенты были разделены на три группы: I группа – подростки 1997 года рождения (n = 189); II группа – дети 2002 года рождения (n = 192). III группа – дети 2006 года рождения (n = 190) согласно нозологическим формам заболевания соответственно. Статистический анализ проводился с использованием программы Microsoft Office, Excel 2010.

Результаты. В первой группе больных преобладали заболевания: опорно-двигательной системы (28%), сердечно-сосудистой системы (16%), органов зрения (11%). Промежуточные места занимали заболевания нервной системы (10%), тубинфицирование (9%), эндокринной системы (8%) и иммунной системы (6%). Наиболее редко встре-

чались заболевания пищеварительной системы (7%), половой системы (2,6%), дыхательной системы (2%), кожи (0,6%), мочевыделительной системы (0,25%) и органов слуха (0,25%). Во второй группе больных ведущее место занимали заболевания: опорно-двигательной системы (20%), сердечно-сосудистой системы (19%) и нервной системы (17%). Промежуточные места занимали патология органов зрения (13%), заболевания эндокринной системы (8%), пищеварительной системы (7%). Наиболее редко встречались тубинфицирование (6%) и заболевания иммунной системы (5%). Патология дыхательной системы (2,5%), мочевыделительной (1%) и половой систем (1%), кожи (0,6%), и органов слуха (0,3%) встречались реже всего. В третьей группе, согласно полученным данным, также, как и в первой группе пациентов ведущее место среди юношей занимали заболевания опорно-двигательной системы (36%), патология органов зрения и сердечно-сосудистой системы (по 18% соответственно). Промежуточные места занимали нервная система (7%), эндокринная система (6%), иммунная система и тубинфицирование (по 4,5% соответственно). Наиболее редко встречались заболевания пищеварительной системы (3%), дыхательной системы (1%), мочевыделительной и половой систем (по 0,9% соответственно), органов слуха (0,25%).

Выводы. Проанализировав структуру заболеваемости юношей СК, нами выявлено, что во всех исследуемых группах в большинстве своем преобладали заболевания опорно-двигательной, сердечно-сосудистой, нервной систем и органов зрения. Исходя из вышеизложенного, рекомендуется включить в Приказ Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 года (с изменениями от 13 июня 2019 года) № 514н «О Порядке проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних» осмотры травматолога-ортопеда, кардиолога, невролога и офтальмолога подросткам в возрасте 13-14 лет для раннего предупреждения и профилактики данных заболеваний.

Литература

1. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Сохранение и укрепление здоровья подростков – залог стабильного развития общества и государства // Вестник РАМН. – 2014. – № 5-6. – С. 65-70.
2. Касумова М.В. Показатели состояния здоровья подростков и юношей допризывного возраста по данным диспансерных осмотров // Современная медицина новые подходы и актуальные исследования: сборник материалов международной научно-практической конференции, посвященной 30-лет-

нему юбилею Медицинского института ФГБОУ ВО «Чеченский государственный университет»; Грозный, 22 октября 2020 г. – Грозный, 2020. – С. 429-432.

3. Согияйнен А.А. Состояние здоровья военнослужащих по призыву как показатель эффективности профилактических мероприятий во время подготовки граждан к военной службе // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 1. – С. 256-264.
4. Шведов Е.Г. Комплексная оценка распространенности патологии среди лиц допризывного и призывного возраста // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 4. – С. 369-383.
5. Щепин В.О., Чичерин Л.П., Расторгуева Т.И., [и др.]. Особенности заболеваемости подростков в России // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. – 2013. – № 2. – С. 313-318.

ТЕЧЕНИЕ КОРЕВОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ Г. РЯЗАНИ И РЯЗАНСКОЙ ОБЛАСТИ

*Глотова Инна Александровна,
Шилина Светлана Александровна*

Научный руководитель: к.м.н. Фокичева Н. Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Введение. Корь – острое высококонтагиозное вирусное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем и характеризующееся наличием лихорадки, симптомов интоксикации, поражением дыхательных путей, конъюнктив, наличием пятнисто-папулезной экзантемы с переходом в пигментацию. Источником кори является только больной человек, выделяющий вирус во внешнюю среду в последние 2 дня инкубационного периода и до 4 дня после высыпаний. Механизм передачи – аэрозольный. Путь передачи – воздушно-капельный. Восприимчивость к кори всеобщая, наиболее высока в детском возрасте от 1 года до 5 лет, дети.

Цель. Дать клинико-эпидемиологическую характеристику коревой инфекции у детей города Рязани и Рязанской области.

Материалы и методы. Проведен анализ клинико-эпидемиологических особенностей коревой инфекции у детей г. Рязани и Рязанской области на основании ретроспективного анализа историй болезни па-

циентов, госпитализированных в детское боксированное нейроинфекционное отделение ГБУ РО «ГКБ № 11» за период 2023-2024 гг. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программы IBM SPSS Statistics 23.

Результаты. На базе городской клинической больницы №11 г. Рязани было проведено сплошное когортное описательное исследование с участием 70 детей от 3 месяцев до 18 лет. В результате изучения историй болезни было отобрано 55 детей. Основным критерием включения являлся результат анализа крови на антитела (IgM) к вирусу кори методом ИФА на 5 день с момента появления первых элементов сыпи. Распределение детей по возрасту и полу практически однородно с небольшим преобладанием возникновения случаев кори в мужской популяции и среди детей 1–12 лет. Последний показатель, вероятно, связан с тенденцией к снижению частоты вакцинации и ревакцинации детей, а также с их активным вступлением в этом возрастном промежутке в организованные коллективы. В пользу этого предположения свидетельствует количество вакцинированных детей (V1), которых в исследуемой выборке всего 16,4% (n = 9), а также преобладание количества организованных детей – 60% (n = 33) над неорганизованными – 40% (n = 22). По наблюдениям основные клинические проявления были представлены общеинфекционным, респираторным синдромом, синдромом энантемы и экзантемы. Общеинфекционный синдром проявлялся лихорадкой в 100% случаев (n = 55), снижением аппетита в 54,5% (n = 30), слабостью в 50,9% (n = 28), головной болью в 14,5% (n = 8). Респираторный синдром в 98,2% случаев (n = 54) проявлялся катаральными явлениями со стороны верхних дыхательных путей и в 89% случаев (n = 49) кашлем. Синдром экзантемы и энантемы проявлялся характерной пятнисто-папулезной сыпью в 100% случаев (n = 55), пятнами Бельского-Филатова-Коплика в 25,5% (n = 14), кожным зудом в 14,5% (n = 8). Также были отмечены случаи атипичного начала заболевания: 14,5% случаев (n = 8) геморрагической сыпи и отсутствия этапности высыпаний. В менее половине случаев присутствовали симптомы со стороны органов зрения: гиперемия конъюнктивы 49% (n = 27), гнойное отделяемое 47,3% (n = 26), отечность век и светобоязнь 29% (n = 16). Еще одной клинической особенностью в данной выборке являлось наличие гастроинтестинальных проявлений: кишечный синдром, который встречался преимущественно в цыганской популяции – 47,3% случаев (n = 26). Среди сопутствующих диагнозов выявлялся инфекционный моно-

нуклеоз – у 1,8% (n = 1) из исследуемой группы детей в крови были выявлены IgM к вирусу Эпштейна–Барр и у 14,5% (n = 8) к цитомегаловирусу, а также у 16,4% (n = 9) детей были выявлены атипичные мононуклеары. Оценивая структуру осложнений кори, можно отметить, что преобладает инфекция мочевыводящих путей – 18,2% (n = 10), далее обструктивный ларингит – 10,9% (n = 6), фебрильные судороги – 1,8% (n = 1) и деструктивная пневмония – 1,8% (n = 1). Средняя продолжительность пребывания в стационаре составила 7 ± 2 дней.

Выводы. В современном мире корь остается одной из причин смерти среди детей раннего возраста во всем мире, несмотря на наличие безопасной и эффективной вакцины. Также для кори характерно развитие анергии, что приводит развитию осложнений или сопутствующих инфекций. На основании проведенного исследования можно сделать вывод, что проблема возникновения коревой инфекции среди детского населения не теряет свою актуальность и по сей день, несмотря на все профилактические мероприятия, проводимые во всем мире. Важным предметом обсуждения до сих пор остается популяризация среди населения, особенно среди родителей, вакцинации и ревакцинации, а также борьба с мифами вокруг этой тематики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЕЧЕНИЯ ПИОМИОЗИТА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРОГО ЛИМФОБЛАСТНОГО ЛЕЙКОЗА У РЕБЁНКА 17 ЛЕТ

*Гусев Даниил Владимирович, Гусева Екатерина Владимировна,
Тихонова Алёна Сергеевна, Матрос Екатерина Сергеевна*

Научный руководитель: Матвеев И. Ю.

Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н. И. Пирогова, г. Москва

Введение. Пиомиозит – острая бактериальная инфекция скелетных мышц, протекающая с образованием абсцессов в результате гематогенного распространения или инфицирования из прилежащих тканей. Является болезнью преимущественно тропических стран, но в редких случаях может встречаться и у иммунокомпromетированных пациентов других широт. Наиболее часто его вызывают *S. aureus* (включая

MRSA), *S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, но возможны и более редкие варианты с грамотрицательной флорой. В мировой литературе практически отсутствуют крупные исследования пиомиозита в детской практике, особенно на фоне онкогематологических заболеваний.

Цель. Представить опыт лечения пациента с пиомиозитом на фоне острого лимфобластного лейкоза.

Материалы и методы. Описание клинического случая.

Результаты. Пациент, 17 лет, проходил лечение на базе онкогематологического отделения МДГКБ по поводу острого лимфобластного лейкоза, В-2 вариант, ЦНС-2.

Достигнута клинико-гематологическая ремиссия, химиотерапия продолжена в поддерживающем режиме. После окончания блоков химиотерапии отмечено появление болезненных образований в области бёдер и голеней, пациент осмотрен хирургом – с учётом отсутствия локальных признаков воспаления (гиперемия, отёк, отделяемое), за исключением болезненности, принято решение о динамическом наблюдении. Антибактериальная терапия отменена.

На следующие сутки – появление лихорадки ($39,2^{\circ}\text{C}$), слабость, усиление миалгии, преимущественно в области образований, увеличение в объёме левого коленного сустава. Лабораторно: течение системного воспаления (нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СРБ). Инструментально: участки остеонекрозов, отёк параартикулярных тканей коленного сустава, отграниченные жидкостные скопления с перифокальной реакцией.

При проведении пункции одного из образований получено слизисто-гнойно-геморрагическое отделяемое, взятое на цитологическое и бактериологическое исследования, результат которых – воспалительный характер отделяемого, рост полирезистентной *K. pneumoniae*. Назначены антибиотикотерапия соответственно результатам посева и минимально инвазивное хирургическое лечение – пункция под УЗ-контролем сустава и малых очагов, дренирование больших гнойных затёков.

Ввиду отсутствия поднадкостничной гематомы и отёка костной ткани в области очагов остеонекроза, течение остеомиелита являлось маловероятным, принято решение воздержаться от остеоперфорации и разрешить раннюю вертикализацию пациента для улучшения качества его жизни, улучшения трофики конечностей и более эффективной санации очагов.

В дальнейшем течении заболевания наблюдалась разнонаправленная

динамика: волнообразные колебания маркеров воспаления; периодически увеличивающееся количество гнойного отделяемого; появление новых очагов, в том числе развитие кубартрита (через 1 месяц от первой пункции очагов). Имел место эпизод контрастиндуцированной нефропатии, что потребовало заместительной почечной терапии с последующим восстановлением почечной функции.

Постепенно удалось добиться санации всех гнойных очагов, что было подтверждено лабораторно и инструментально, антибактериальная терапия отменена. Рецидивов не наблюдалось в течение длительного времени (более 6 месяцев).

Заключение. Пиомиозит является редким осложнением острого лимфобластного лейкоза и химиотерапии, особенно в детской практике, что создаёт большие трудности с его диагностикой и своевременным началом лечения, в связи с чем требуется повышение осведомлённости врачей о течении данного заболевания. Ввиду поддерживающей химиотерапии и сниженных репаративных способностей организма таких пациентов, особое внимание стоит уделить подходам к лечению гнойного заболевания: вопреки общепринятым правилам, требующим адекватного дренирования очагов, следует отдавать предпочтение малоинвазивным методикам. В то же время необходимо добиваться ранней вертикализации больных с подобными нозологиями, несмотря на риск патологических переломов из-за остеонекрозов, так как строгий постельный режим может негативно сказаться на качестве жизни пациента, а также вызвать осложнения на фоне гипостатических изменений.

Литература

1. Annalan M.D. Navaratnam, Matthew Harris, Andrew Dawes, Dakshina Jayasena, Klebsiella pyomyositis with complications: a quadriceps quandary in a dialysis patient // Oxford Med. Case Rep. – 2016. – Vol. 2016, No. 8. – P. omw037. doi: 10.1093/omcr/omw037
2. Barchi L., Fastiggi M., Bassoli I., [et al.]. Pyomyositis associated with abscess formation caused by streptococcus pneumoniae in children: a case report and review of literature // Ital. J. Pediatr. – 2023. – Vol. 49, No. 1. – P. 73. doi: 10.1186/s13052-023-01472-1
3. Weber S., Schlaeppli C., Barbey F., [et al.]. Clinical Characteristics and Management of Children and Adolescents Hospitalized with Pyomyositis // Pediatr. Infect. Dis. J. – 2024. Vol. 43, No. 9. – P. 831-840. doi: 10.1097/INF.0000000000004382

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОКЛЮШЕМ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ГБУ РО «ОДКБ ИМЕНИ Н. В. ДМИТРИЕВОЙ»

Колесникова Ксения Андреевна

Научный руководитель: к.м.н., доц. Федина Н. В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Актуальность. Несмотря на проводимую вакцинацию, заболеваемость коклюшем среди детского населения остаётся актуальной. За 2023 год показатель заболеваемости в РФ вырос в 16,4 раза по сравнению с предыдущим годом, рост отмечен во всех субъектах РФ, особенно в Хабаровском крае и Томской области. В структуре форм клинического течения коклюша преобладали легкие формы – 40,6 %. На возраст младше 14 лет приходится 82,6% от общего числа заболевших коклюшем. За 2023 год показатель заболеваемости в возрастной группе младше 1 года увеличился в 13,8 раз по сравнению с 2022 годом и составил 476,6 случаев на 100 тысяч детей данного возраста. В 2023 году в РФ зарегистрировано 10 летальных случаев среди непривитых детей младше 1 года. В Рязанской области в 2023 году зарегистрировано 183 случая коклюша, из них 158 у детей до 14 лет. Показатель заболеваемости по области в 2,1 раз ниже, чем в РФ, однако по сравнению с 2022 годом заболеваемость выросла в 187,3 раза. Из общего числа больных коклюшем чуть менее половины составили не привитые и с неизвестным вакцинальным анамнезом –45,9%. Летальных случаев не было.

Цель. Изучить течение коклюша у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 10 историй болезней детей с установленным диагнозом «коклюш», находившихся на лечении в боксированном отделении ГБУ РО «ОДКБ имени Н. В. Дмитриевой», г. Рязани в 2023–2024 гг. В исследование было включено 5 мальчиков, 5 девочек, средний возраст 1 месяц 21 день.

Результаты. Наиболее частыми месяцами поступления детей в стационар были январь и февраль. В 60% случаев дети поступали с направительным диагнозом «коклюш», в трети случаев с диагнозом «пневмония». У всех детей имелся инфекционный семейный контакт в анамнезе. Все дети были непривиты. Средний срок поступления в

стационар составил 6 дней с момента начала заболевания. К моменту поступления амбулаторное лечение антибиотиком начали три ребенка. В клинической картине 6 случаев протекали в среднетяжелой форме, 4 в тяжелой. Дыхательная недостаточность 1–2 степени выявлена в 60% случаях, в связи с чем пациенты получали оксигенотерапию. В клинической картине в 100% случаев наблюдался классический приступообразный кашель с репризами в количестве от 5 до 10 приступов за сутки. В анализах крови отмечался лейкоцитоз от 7,95 до 76,89* 10⁹/л, с лимфоцитозом от 15 до 88,3%. Рентгенологически у 2 детей была подтверждена пневмония. У всех детей при серологическом обследовании отмечались титры IgM к коклюшному диагностикуму в титре 1:20. Антибиотикотерапия проводилась у всех пациентов: 6 получали макролиды и цефалоспорины, аминопенициллины применялись у 4 пациентов. Среднее количество дней госпитализации 13,5. Летальных случаев не было.

Выводы. У детей до раннего возраста коклюш чаще всего возникает в результате семейного инфекционного контакта. Преобладающими клиническими формами были среднетяжелые и тяжелые. Дыхательная недостаточность у детей первых месяцев жизни требует применения кислородотерапии и антибиотикотерапии.

Литература

1. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2023 году: Государственный доклад. – М.: Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, 2024. – 364 с.

СЛУЧАЙ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ТЕЧЕНИЯ ИЕРСИНИОЗА У ПОДРОСТКА: СЛОЖНЫЙ ПУТЬ К ДИАГНОЗУ

Кузин Алексей Владимирович, Сергеева Алина Евгеньевна

Научный руководитель: к.м.н., доц. Стежкина Е. В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Введение. Кишечный иерсиниоз – антропозоонозное заболевание, вызываемое бактерией *Yersinia enterocolitica*. Клиническая картина иерсиниоза характеризуется полиморфизмом синдромов, в том числе

системного характера, что в совокупности со сложностью лабораторного подтверждения диагноза объясняет актуальность данной проблемы для врачей различных специальностей.

Цель. Представить клинический случай труднодиагностируемого заболевания с акцентом на симптомы, лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Материалы и методы. Анализ первичной медицинской документации (амбулаторная карта ф. № 012 у, выписки из стационаров, личная курация пациента).

Результаты. Пациент И., 17 лет, поступил в стационар 14.08.2024 с жалобами на головную боль, боль в животе, сыпь, нарушение сознания, жидкий стул, болезненные ощущения при прикосновениях, выраженный озноб, повышение температуры тела до 39,8°C, рвоту, боль в горле, светобоязнь, боль в суставах.

Из анамнеза известно, что с 9 по 12 августа ребенок находился в Рыбновском районе Рязанской области. 10 августа пользовался бритвенным станком, после чего заметил гнойничковые образования в лобковой области. На следующий день поднялась температура до 39,4°C, отмечались рвота, жидкий стул.

Через три дня от начала заболевания обратились к педиатру, который поставил диагноз: ОРВИ с кишечным синдромом. Назначено симптоматическое лечение, без положительной динамики.

Через несколько часов вызвали СМП, внутримышечно введен жаропонижающий препарат, отмечалось кратковременное улучшение, а вечером того же дня появилась сыпь в области шеи, груди, на ногах, ребенка беспокоила выраженная головная боль, слабость, болезненные ощущения при прикосновениях, боль в горле, субфебрилитет, выраженная слабость.

Пациент экстренно госпитализирован в ДОРИТ ГБУ РО ГКБ № 11. При поступлении: состояние больного тяжелое, положение пассивное, сопор (12 баллов по ШКГ). Кожные покровы бледные, акроцианоз пальцев рук и ног, конечности холодные на ощупь. Множественная полиморфная сыпь: розовая пятнисто-папулезная, в центре отдельных элементов везикулы, больше на лобке, в центре других элементов геморрагии с некрозами, преимущественно на нижних конечностях, максимальным размером 10 мм. Менингеальные симптомы: ригидность затылочных мышц до 5-6 см, симптом Кернига положительный. Инфекционно-токсический шок 2 степени.

После стабилизации состояния выполнена спинномозговая пункция:

ликвор прозрачный, светлый, вытекающий струей под большим давлением. В общем анализе ликвора: слабо мутный, реакция щелочная, реакция Панди +, белок 0,132 г/л, цитоз 70 клеток (смешанный плеоцитоз), эритроциты 10–12 в п/зрения. В связи с чем у больного не исключался менингит неуточненной (предположительно энтеровирусной) этиологии.

16.08.2024 (на 5 день болезни) проведено ультразвуковое обследование: в брюшной полости незначительное количество свободной жидкости, в плевральной полости справа около 150–200 мл, слева около 700 мл свободной жидкости.

В результате проводимого лечения сохранялось тяжелое состояние за счет эндогенной интоксикации, общемозговой симптоматики, проявлений СПОН, нарастающих явлений ДН.

Для дальнейшего лечения пациент переведен в РОДКБ с диагнозом «Генерализованная вирусно-бактериальная инфекция неуточненной этиологии, тяжелая форма. Острый менингит неуточненной этиологии, тяжелая форма. Двусторонняя пневмония тяжелая форма, ДН 2 степени, двусторонний гидроторакс. Дистрибутивный шок (купирован). Синдром полиорганной недостаточности. ДВС-синдром. Кишечный синдром». На фоне проводимого лечения тяжелое состояние сохранялось, ребенок переведен на ИВЛ.

17.09.2024 принято решение о транспортировке пациента в ГБУ Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка». В результате комплексного обследования выявлены АТ к *Yersinia enterocolitica* (РПГА): 1:80 (3+). На фоне проводимой терапии отмечалась положительная динамика.

30.08.2024 ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Выводы. Представленный клинический случай подчеркивает сложность своевременной диагностики кишечного иерсиниоза из-за поражения различных органов и систем, многообразия клинических проявлений. Необходимо более широкое информирование врачей различных специальностей о возможных вариантах течения данного заболевания.

Литература

1. Нарзуллаев Н.У., Мирзоева М.Р., Остонова Г.С. Новые взгляды на методы диагностики иерсиниоза // Scientific Progress. – 2021. – Т. 2, № 4. – С. 468-475.
2. Жумабеккызы А., Байбуланова А. Кишечный иерсиниоз у детей // Вестник науки. – 2021. – Т. 4, № 6 (39). – С. 128-132.

3. Шестакова М.Д., Новикова В.П., Хавкин А.И., [и др]. Гастроэнтерологические маски хронических иерсиниозов у детей: осмысление опыта // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – Т. 200, № 4. – С. 101-111. doi: 10.31146/1682-8658-ecg-200-4-101-111
4. Богвилене Я.А., Мартынова Г.П., Строганова М.А., [и др]. Развитие острой почечной недостаточности у ребенка с генерализованной формой иерсиниозной инфекции // Детские инфекции. – 2022. – Т. 21, № 3. – С. 65-67. doi: 10.22627/2072-8107-2022-21-3-65-67
5. Оспанбекова Н.К., Дмитровский А.М., Оспанбекова А.К. Спектр клинических проявлений заболеваний, обусловленных представителями рода иерсиния (иерсиниозов) у взрослых больных, госпитализированных в инфекционную больницу // Sciences of Europe. – 2021. – № 83. – С. 7-9.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И ЦЕЛИАКИИ

Кузина Екатерина Сергеевна, Умеров Юрий Александрович

Научный руководитель: к.м.н., доц. Федина Н. В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Актуальность. Целиакия (глютеновая болезнь) – иммуноопосредованное, генетически детерминированное системное заболевание, возникающее в ответ на употребление глютена и характеризующееся широким спектром клинических проявлений от диспептических до неврологических. Аутоиммунное воздействие на слизистую тонкой кишки приводит к ее истончению и атрофии и риску малигнизации. Частота встречаемости целиакии в мире и РФ составляет от 1:100 - 1:250. Клиника манифестирует во втором полугодии жизни, с введением в рацион, продуктов, содержащих глютен: от кишечных различной степени тяжести, задержки нутритивного статуса (мальабсорбция) до гематологических (анемия) и неврологических проявления. Сочетание сахарного диабета (СД) и целиакии, обусловлено сходным (аутоиммунным) механизмом. Распространенность целиакии у пациентов с СД 1 типа – в 5–7 раз чаще, а СД 1 типа развивается у каждого десятого пациента с целиакией. Оба заболевания потенцируют действия друг друга и утяжеляют течение. Хотя, по данным литературы, при сочетании СД и целиакии, последняя протекает в мягкой или бессимптомной форме.

Цель. Демонстрация клинического случая сочетания СД и целиакии у ребенка.

Материалы и методы. Описание клинического случая.

Результаты. Мальчик Т., 10 лет, в июне 2024 года был установлен сахарный диабет. Ранний анамнез: вес при рождении 3200 грамм, рост 52 см, привит, наследственность не отягощена. Прикормы введены в срок. Прием глютеносодержащих продуктов переносился хорошо. При обследовании выявлено повышение АТ к тканевой трансглутаминазе до 98,2 Ед/л (норма не более 10,0 Ед/л), а также антитела к деамидированному глиадину (DGP), IgA; количественное определение – 16,7 Ед/мл, антитела к эндомизию в титре 1:80. Клинических проявлений целиакии нет. Получает Тресиба 14 ед/сутки, уровень гликированного гемоглобина – 9,1%. Физическое развитие ребенка: рост 151 см (+2,3σ), вес-47 кг – конституциональная высокорослость. ФГДС – поверхностный гастрит, взята биопсия. Биопсия: атрофия слизистой 12-перстной кишки. В биохимическом анализе крови – снижение уровня сывороточного железа до 5,6 мкмоль/л.

Заключение. У данного пациента имеет место бессимптомное течение глютеневой болезни, в связи с чем необходимость генетического обследования неоднозначна. СД и целиакия требуют соблюдения диеты, однако безглютеновые продукты обладают высоким гликемическим индексом, что может повлиять на контроль гликемии.

Пациент с данной коморбидной патологией нуждается в мультидисциплинарном подходе, совместном ведении эндокринолога и гастроэнтеролога.

ВЛИЯНИЕ НАРУШЕНИЯ СОСТОЯНИЯ СТОПЫ НА ВЕГЕТАТИВНУЮ РЕГУЛЯЦИЮ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО И МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТОВ

*Луговая Кристина Алексеевна, Кравченко Дина Ивановна,
Быцанев Александр Антонович*

Научные руководители: д.м.н., проф. Тананакина Т. П.,
д.м.н., проф. Безкаравайный Б. А., к.б.н., доц. Лысенко Е. А.
Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки, г. Луганск

Актуальность. Возрастающая частота случаев диагностики нарушений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольных учреждений и младшей школы, а также взаимоотношение между нарушением стопы и вегетативной регуляцией жизненно важных систем организма, обуславливает актуальность более углубленных исследований данной проблемы. Стопа выполняет функцию опоры при стоянии и амортизации при движении, являясь важнейшим элементом физического развития ребенка. Формирование правильной структуры стопы в раннем возрасте имеет решающее значение для предупреждения деформаций позвоночника и профилактики дисбаланса функционирования отделов вегетативной нервной системы у детей.

Цель. Оценить состояние стоп у детей дошкольного и младшего школьного возраста, а также провести анализ влияния нарушений свода стоп на осанку и вегетативную регуляцию организма.

Материалы и методы. Обследовано 76 детей (5–6 лет), обучающихся в дошкольных образовательных учреждениях и 37 (7-8 лет) – в начальных классах школы, всего 113 детей: 50 (44%) девочек и 63 (56%) мальчика. Состояние свода стоп оценивалось с помощью анализа отпечатков, полученных классической прямой плантографией в анатомическом положении стопы, согласно методу В. А. Штритера. Для получения этих отпечатков использовалась акриловая краска, которую наносили на подошву. Осанка оценивалась во время клинического осмотра ребёнка. Показатели активности регуляторных систем (ПАРС) оценивались программным комплексом «Здоровье-экспресс». Использовались аналитический и статистический методы. От каждого родителя было получено согласие на проведение обследования.

Результаты. При обследовании состояния стопы у детей школьного и дошкольного возраста было установлено, что у 103 (91%) детей выявлены нарушения свода стопы. У 10 (9%) детей нарушений не наблюдается. В детских дошкольных учреждениях преобладают такие нарушения, как высоко сводчатая стопа у 12 (16%) детей и плоскостопие у 14 (18%). В младшем школьном возрасте чаще всего наблюдается уплощение свода стопы – у 7 (19%) детей, и плоскостопие – у 6 (16%).

Сравнительный анализ состояния осанки и свода стопы показал следующее. Нарушение осанки чаще всего (41%) встречается у детей с высоким сводом стопы (22 ребенка) и в 33% случаев в группе с асимметричными нарушениями (49 детей), что было статистически значимо больше, чем в группах с плоскостопием (25% из 20 детей) и с уплощенным сводом (14% из 14 детей).

Одновременно у всех детей был проведен анализ взаимосвязи состояния свода стопы с ПАРС. Выявлено, что нарушение активности регуляторных систем было зафиксировано у 98% детей, независимо от формы свода стопы. Из них у 35% детей ПАРС находится на донологическом уровне, у 48% – на преморбидном, у 19% – наблюдается срыв адаптации. Надо отметить, что в группах с высоким (22 ребенка) и уплощенным сводом (14 детей) наблюдается срыв адаптации у около 20%, что чаще, чем при других нарушениях свода: при плоскостопии (15% из 20 детей) и асимметричным нарушением (12% из 49 детей).

Заключение. У большинства детей в репрезентативных группах обследования наблюдается нарушение стопы (91%). 43% детей имеют асимметричные нарушения. При сравнении школьников и детей, посещающих садик отмечаем, что нормальная стопа у школьников встречается статистически значимо чаще (19%), чем в садике (4%). У детей с повышенным и уплощенным сводом чаще, чем с другими изменениями стопы встречаются нарушение осанки и состояние дезадаптации.

Полученные результаты указывают на необходимость комплексного изучения состояния вегетативной нервной системы и адаптационных возможностей организма при нарушении свода стопы и осанки у детей, начиная с детских дошкольных учреждений.

Необходима разработка рекомендаций для профилактики, эффективных методов лечения нарушения осанки и стопы в медицинских учреждениях и её профилактика в образовательных учреждениях, что позволит улучшить здоровье и качество жизни детей и их родителей.

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ КЛЕТОЧНАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ МЛАДЕНЦЕВ – РЕДКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ В ПРАКТИКЕ ПЕДИАТРА

Маврина Татьяна Алексеевна

Научный руководитель: к.м.н., доц. Стежкина Е. В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Актуальность. Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев (НЭКГМ) – это малоизученное интерстициальное заболевание легких (ИЗЛ) детей грудного возраста, которое характеризуется синдромом персистирующего тахипноэ и изменениями при биопсии легких в виде гиперплазии нейроэндокринных клеток (НЭК) дыхательного эпителия. Неспецифический характер клинических проявлений и ограниченное число зафиксированных случаев НЭКГМ обуславливают сложность дифференциальной диагностики ее от других ИЗЛ, что может привести к постановке ошибочного диагноза и некорректного лечения данной патологии у детей.

Цель. Представить клинический случай НЭКГМ у ребенка раннего возраста с целью повышения уровня осведомленности о данном заболевании среди педиатров.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ медицинской документации (амбулаторная карта, форма №112/у), а также видеоматериалов, предоставленных из архива семьи на основе информированного согласия. Личная курация пациентки на амбулаторном этапе.

Результаты. В феврале 2024 года бригада СМП доставила девочку 7 месяцев в ГБУ РО «ОДКБ имени Н. В. Дмитриевой» с жалобами на приступы одышки, затрудненное дыхание, цианоз губ. При осмотре у пациентки наблюдались тахипноэ, одышка смешанного характера, жесткое дыхание и крепитации в легких при аускультации, отсутствие катаральных явлений, снижение сатурации до 94%. По результатам рентгенографии органов грудной клетки (ОГК) – усиление легочного рисунка без признаков инфильтрации, лабораторные исследования также не выявили воспалительной активности, при ПЦР-диагностике – выявлен вирус SARS CoV-2, серологическое исследование показало наличие антител к РС-вирусной инфекции – коэффициент позитивности (КП) = 1,45. Пациентке был диагностирован

«Острый обструктивный бронхит. ДН1», назначена терапия, включающая ингаляционные глюкокортикостероиды (ИГК) и ипратропия бромид\фенотерол с некоторым улучшением состояния. В последующие 2–3 месяца приступы одышки повторялись с падением SO_2 до 85%, несмотря на постоянную терапию ИГКС от 500–1000 мкг в сутки. Характерной особенностью была отмечена именно ночная десатурация с потребностью оксигенотерапии и отсутствие эффекта от ИГКС. Обструктивный синдром не рецидивировал. Ребенок имел хорошую динамику физического развития (в возрасте 1 года 2 месяцев: рост – 78 см, масса тела – 12,5 кг, ИМТ – 20,5 кг/кв.м, рост соответствует 75-ой перцентили, масса тела – 97-ой перцентили). При очередной госпитализации в связи с падением сатурации, проведено РКТ легких, где были выявлены уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла». В связи с неясной гипоксией у ребенка была проведена сначала заочная, а затем очная консультация в ГБУЗ Детской городской клинической больницы № 13 имени Н. Ф. Филатова г. Москвы с рекомендацией проведения суточного мониторинга сатурации и оценки клинических симптомов по клинической шкале диагностики НЭКГМ [Liptzin D.R. и др., 2020]. На основании динамического наблюдения, в соответствии с показателями шкалы Liptzin D.R. (8 баллов из 10), показателями суточного мониторинга сатурации (зарегистрированы эпизоды снижения SO_2 от 92 до 80% во время сна с развитием цианоза и потребностью в дотации O_2) выставлен окончательный диагноз «НЭКГМ. Хроническая ДН 2». Ребенку оформлен статус «ребенок – инвалид», назначена постоянная оксигенотерапия в домашних условиях в режиме 0,5–1 л/мин во время сна.

Выводы. Продемонстрированный клинический случай пациентки с НЭКГМ показывает сложность диагностики данного состояния на первом году жизни, приоритет клинических шкал и имидж-диагностики в постановке диагноза над инвазивными методами в ранней педиатрической практике.

Литература

1. Jin L., Wei W. It Is Time to Get to Know the Neuroendocrine Cell Hyperplasia of Infancy // Clin. Respir. J. – 2024. – Vol. 18, No. 8. – P. e13827. doi: 10.1111/crj.13827 20242
2. Карпенко М.А. Интерстициальное заболевание легких. Нейроэндокринная клеточная гиперплазия младенцев: диагностика, течение и лечение: дис. ... канд. мед. наук. – М., 2022. – 124 с.

3. Беляшова М.А., Овсянников Д.Ю., Ашерова И.К., [и др.]. Нейроэндокринная гиперплазия младенцев: обзор литературы и серия наблюдений // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2018. – Т. 97, № 2. – С. 68-76.

ОСОБЕННОСТИ АДРОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Прохина Софья Алексеевна

Научный руководитель: Кривушин А. А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Актуальность. Лучевая терапия является одним из основных методов лечения онкологических заболеваний у детей, обеспечивая высокую эффективность за счет точного позиционирования и планирования доз облучения. Однако детский организм характеризуется повышенной чувствительностью к ионизирующему излучению, что может приводить к серьезным поздним осложнениям, включая нарушения развития, нейрокогнитивные дефициты и вторичные злокачественные новообразования. Адронная терапия, в частности протонная и ионная терапия, предлагает преимущества в виде более точного дозового распределения.

Цель. Изучить особенности применения адронной лучевой терапии у детей, оценить ее преимущества и ограничения по сравнению с традиционной фотонной терапией, а также проанализировать клинические результаты и потенциальные риски.

Материалы и методы. Проведен обзор современной научной литературы по адронной лучевой терапии в педиатрической онкологии, включая результаты клинических исследований, мета-анализов и руководств по практике. Использовались материалы международных конференций по онкологии и радиологии в педиатрии.

Результаты. Детская онкопатология и её лечение имеют ряд особенностей, которые необходимо учитывать. У данной группы пациентов злокачественные новообразования часто имеют эмбриональное происхождение, вследствие изменений в ДНК, происходящие ещё до рождения и отличающиеся высокой радиочувствительностью. Главной проблемой применения лучевой терапии у педиатрических паци-

ентов является риск развития долгосрочных последствий, включая рост вторичных опухолей, эндокринные нарушения и когнитивные дефициты. Радиоиндуцированные опухоли являются основной причиной смерти пациентов данной группы, преодолевших 10-летний рубеж от момента лечения. Поэтому минимизация облучения здоровых тканей критически важна. Основным правилом является соблюдение баланса между дозой, поставляемой в опухоль, и максимально допустимой нагрузкой на здоровую ткань, которая рассчитывается индивидуально для каждого педиатрического пациента. Адронная терапия, в частности протонная, позволяет максимально сфокусировать дозу излучения на опухоли благодаря феномену пика Брэгга – резкому повышению дозы на определенной глубине с последующим быстрым снижением до нуля. Наиболее часто встречающимися солидными опухолями детского возраста и нуждающимися в применении протонной терапии являются опухоли центральной нервной системы (ЦНС). Проведены многочисленные исследования, в ходе которых было зафиксировано снижение вышеупомянутых осложнений при проведении протонной лучевой терапии по сравнению со стандартной фотонной терапией. В частности, отмечено минимальное снижение IQ при применении протонов, что имеет большое значение для сохранения нейрокогнитивных функций ребёнка. Отмечено снижение степени нарушений эндокринных дисфункций. При детской ретинобластоме данная терапия позволяет сохранить зрение и структуру глаза, минимизируя риск вторичных опухолей. Хороший результат показывает протонная терапия с применением технологии модулированной интенсивности (IMRT), благодаря которой удаётся избежать облучения критических структур. Протоны активно используются в установках «Кибер-нож» и «Гамма-нож» для проведения стереотаксической радиотерапии, что позволяет с высокой точностью облучать опухоли сложной формы. Однако применение некоторых аппаратов для детей категорически невозможно. К примеру, при саркоме Юинга не предоставляется возможным использование «Кибер-ножа» из-за большой площади патологического очага в стандартных режимах фракционирования.

Заключение. Адронная лучевая терапия, особенно протонная, представляет собой перспективный метод лечения онкологических заболеваний у детей. Её применение позволяет добиться высокой точности доставки дозы в опухоль, минимизируя воздействие на окружающие здоровые ткани, что особенно важно в педиатрической практике.

Несмотря на существующие ограничения, связанные с доступностью и техническими аспектами, интеграция адронной терапии в педиатрическую онкологию способствует улучшению выживаемости и качества жизни пациентов.

Литература

1. Смирнова А.Ю., Радулеску Г.Г., Воробьев Н.А., [и др.]. Протонная лучевая терапия у пациентов детского возраста с опухолями центральной нервной системы: особенности метода, анализ клинических данных // Российский журнал детской гематологии и онкологии. – 2022. – Т. 9, № 4. – С. 11–26. doi: 10.21682/2311–1267-2022-9-4-11-26
2. Кривушин А.А. Особенности преподавания дозиметрии ионизирующих излучений для студентов педиатрического факультета // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2022. – Т. 67, № 4. – С. 325.
3. Гордеева В.Н., Кривушин А.А. Радиобиологические эффекты воздействия ионизирующего излучения на ткани организма человека // Естественнонаучные основы медико-биологических знаний: сборник докладов IV Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием, посвященной 80-летию РязГМУ; Рязань, 19–20 апреля 2023 года. – Рязань: РязГМУ, 2023. – С. 113-116.
4. Фомина В.А., Кривушин А.А. Физические методы комплексной диагностики в пренатальный период // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2023. – Т. 68, № S4. – С. 380.
5. Мень Т.Х., Поляков В.Г., Алиев М.Д. Эпидемиология злокачественных новообразований у детей в России // Онкопедиатрия. – 2014. – № 1. – С. 7-12.
6. Кравченко Н.Е., Суетина О.А. Мультидисциплинарные аспекты терапевтического процесса в детской онкологии // Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2020. – № 3-4. – С. 9-12.
7. Кривушин А.А., Прохина С.А. Технологии современной лучевой терапии // Цифровое будущее современной медицины: сборник докладов I Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием; Рязань, 24–25 апреля 2024 года. – Рязань: РязГМУ, 2024. – С. 75-79.
8. Кривушин А.А., Прохина С.А. Современные методы лучевой диагностики в ядерной медицине // Компьютерное моделирование физических процессов и новые цифровые технологии в медицине и фармации: материалы Международной научно-практической конференции с международным участием; Уфа, 18–19 апреля 2024 года. – Уфа: Башкирский государственный медицинский университет, 2024. – С. 95-100.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЗАНЯТИЙ ПЛАВАНИЕМ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ПОСЛЕДСТВИЙ ИНФОРМАЦИОННОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Сафронова Алена Андреевна

Научный руководитель: Супряга А.А.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань;
Рязанский государственный университет
имени С. А. Есенина, г. Рязань

Актуальность. Информационный стресс – это состояние, возникающее в результате получения слишком большого потока информации, возможно негативного характера, и оказывающего разрушающее воздействие на личность. Избыточная и противоречивая информация, получаемая детьми в том числе из СМИ, возможное неправильное ее восприятие; неуклонное усложнение школьной программы и, как следствие, не соответствие задания как возрасту, так и уровню развития ребенка; не предусмотренное программой время на повторение и закрепление пройденного материала и соответственно недостаток времени на восприятие важной информации; высокий темп передачи информации – все это может привести к развитию информационного стресса у ребенка. Данное состояние может проявляться не только не способностью к концентрации внимания, снижением работоспособности как на уроках, так и при выполнении домашних заданий, регрессу способности к обучению, но и к навязчивым состояниям, синдрому хронической усталости, апатии, заниженной самооценке, многим психологическим проблемам, связанных с информационной перегрузкой. Современные авторы предлагают следующие пути решения данной проблемы: постепенное развитие памяти, избирательный подход к получаемой информации, ограниченный доступ к гаджетам и СМИ.

Цель. Изучение влияния занятий плаванием на возможные последствия информационного стресса у детей младшего школьного возраста.

Материалы и методы. Экспериментальная часть работы была проведена на базе детского бассейна детского центра «Море Кидз» города Рязани. В исследовании приняли участие 30 учеников (группа А)

1-3 классов с нормальным речевым развитием, посещающим занятия по плаванию. Контрольную группу составили 30 учеников начальной школы, не посещающие ни спортивные секции, ни какие-либо кружки. Отношение к школе и эмоциональный фон определяли по тесту О. А. Ореховой, функциональное состояние центральной нервной системы – методом оценки параметров зрительно-моторных реакций.

Результаты. Исследование в группе А проводилось на 2-3 занятиях по плаванию в бассейне. Было изучено преобладающее настроение, отношение к учебе, учебным предметам, учителям, одноклассникам. Те же исследования проводились в контрольной группе. Было выявлено преобладание негативного эмоционального состояния, превышение отрицательных эмоций, связанных с посещением школы, контактами как с одноклассниками, так и с учителями у 22 (более 73%) учеников группы А, и у 24 (80%) детей из контрольной группы. Ниже физиологической нормы оказался уровень функциональных особенностей нервной системы, что может свидетельствовать об утомлении и эмоциональном напряжении. Расценим это как проявление информационного стресса. Первоначально исследование проводилось в начале учебного года, конкретно в начале второй четверти. Повторное исследование среди учеников данных групп проводилось в мае месяце (в группе А – после проведения итоговых соревнований по плаванию). В контрольной группе преобладание негативного эмоционального фона выявлено у 28 (более 93%) учеников, а уровень функциональных особенностей нервной системы ниже физиологической нормы оказался у 100%. В группе А при повторном исследовании преобладает позитивный эмоциональный фон, а уровень функциональных особенностей нервной системы ниже физиологической нормы оказался у 10%. Младший школьный возраст благоприятен для развития физических способностей, т. к. происходит созревание физиологических механизмов обеспечения мышечной работы. Внедрение в жизнь такого ребенка тренировок по плаванию значительно снизит пагубные последствия как от чрезмерного использования гаджетов, так и сложностей современной школьной программы. Изначально тренеру необходимо разработать индивидуальную сюжетную линию для всех частей тренировки, чтобы увлечь ребенка и доказать, что здесь ему гораздо интереснее, чем в виртуальном мире. Потом в процессе занятий постепенно игры будут исключены, а ребенок сориентирован на упражнения, позволяющие улучшить технику плавания. Вследствие применения игровой методики у ребенка пропадает страх

воды, появляются положительные эмоции, повышается самооценка. Вызывается дальнейший интерес к тренировкам по плаванию, что может хотя бы частично снизить стресс, вызванный сложностями обучения, подарить положительные эмоции.

Выводы. Исследование показало, что при наличии грамотно продуманной физической активности, например, занятия плаванием, улучшается не только физическое развитие, но и эмоциональное состояние детей, что может служить профилактикой последствий информационного стресса. Рекомендуем предложить реализацию данной программы не только для детей с признаками дезадаптации, но и для всех учеников начальной школы, не имеющих противопоказаний для занятий в воде.

Литература

1. Бодров В.А. Информационный стресс: учеб. пособие для вузов. – М., 2000.
2. Бусловская Л.К., Ковтуненко А.Ю., Рыжкова Ю.П. Эмоциональное состояние ребенка как критерий адаптации к новым социальным условиям // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 6. – Доступно по: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=30331&ysclid=m4wtshexs654054313>. Ссылка активна на 01.11.2024. doi: 10.17513/spno.30331
3. Винокуров И., Гуртовой Г. Психотронная война. – М., 1993.
4. Еляков А.Д. Дефицит информации в современном обществе // Социс. – 2010. – № 12. – С. 107.

ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ ОСТРОГО ПАНСИНОСИТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО АБСЦЕССАМИ И ЭПИДУРАЛЬНОЙ ЭМПИЕМОЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА У РЕБЕНКА 14 ЛЕТ

*Тихонова Алёна Сергеевна, Гусева Екатерина Владимировна,
Матрос Екатерина Сергеевна, Гусев Даниил Владимирович*

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

Российский национальный исследовательский медицинский
университет имени Н. И. Пирогова, г. Москва

Введение. Риносинусогенные внутричерепные осложнения встречаются редко, однако заслуживают отдельного внимания ввиду высокого риска летальности. Гематогенный путь распространения инфекции у детей является основным за счет связи венозных анастомозов придаточных па-

зух носа с венозными сплетениями твердой мозговой оболочки, оттока венозной крови в кавернозный синус. Поэтому не происходит разрушения костных стенок, течение заболевания может быть латентным, что затрудняет своевременную диагностику интракраниальных осложнений.

Материалы и методы. Описание клинического случая.

Результаты. Пациентка, 14 лет, 15.02 доставлена в МДГКБ с жалобами на головную боль, тошноту.

Известно, что с 02.02.2024 ребенка беспокоила головная боль, отмечалось повышение температуры тела до 37,5°C. Девочка наблюдалась педиатром, оториноларингологом по месту жительства, диагностирован синусит, назначен комбинированный препарат растительного происхождения.

14.02.2024 – усиление головной боли, госпитализирована в инфекционную больницу. При проведении компьютерной томографии (КТ) головного мозга заподозрена эпидуральная эмпиема в правой лобной области. При поступлении: состояние средней тяжести, сознание ясное. Очаговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет, не лихорадит. ЧДД 18/мин, ЧСС 78 уд/мин. Лабораторно: лейкоцитоз 21 тыс/мкл, нейтрофилез 19 тыс/мкл, СРБ 26 норм (до 5 мг/л). Выполнена КТ головного мозга с контрастированием, по результатам которой: в правой лобной области линзовидные жидкостные образования (2) с высоким содержанием белка; накопление контрастного вещества утолщенной твердой мозговой оболочкой (стенкой); правая лобная пазуха, правая верхнечелюстная пазуха и клетки решетчатого лабиринта справа тотально заполнены патологическим содержимым, костные стенки истончены; субтотальное снижение пневматизации левой верхнечелюстной пазухи, утолщение слизистой основной пазухи и единичных клеток решетчатого лабиринта слева. Проведены эндоназальная эндоскопическая фронтогаймороэтомидосфенотомия справа, пункция гайморовой пазухи слева и удаление эпидуральной эмпиемы лобной области справа.

16.02.2024 – на фоне назначенной антибиотикотерапии цефтриаксоном, лабораторно: СРБ 22 нормы, лейкоциты 12,3 тыс/мкл, нейтрофилез 9,6 тыс/мкл, гемоглобин 82 г/л. На повторной КТ головного мозга: в правой лобной области жидкостные образования значительно меньшего объема, пансинусит.

17.02.2024 – смена терапии на комбинацию цефепима и ванкомицина. Несмотря на это 18.02.2024 в гемограмме: лейкоциты 14,2 тыс/мкл, нейтрофилез 11,56 тыс/мкл, СРБ 33 нормы, прокальцитонин 0,19

нг/мл (до 0,50 нг/мл). По результатам КТ головного мозга: отсутствие существенной динамики.

19.02.2024 – проведены вскрытие абсцесса головного мозга и дренирование, полисинусотомия.

В течение следующих двух суток в гемограмме отмечено снижение лейкоцитов до 9,2 тыс/мкл, нейтрофилия до 6,5 тыс/мкл, СРБ 12 норм. Несмотря на получение ребенком антикоагулянтной профилактики нефракционированным гепарином в дозе 50–100 ЕД/кг/сутки, развился массивный постинъекционный тромбофлебит подкожных вен.

23.02.2024 – начата терапия низкомолекулярными гепаринами в разовой дозе 110 ЕД/кг 2 раза в день. На фоне проводимой антибактериальной терапии: снижение СРБ до 2 норм.

28.02.2024 – нормотермия.

29.02.2024 – лабораторно: нейтропения 1,8 тыс/мкл. Из-за возникновения нейтропении предположено нарушение иммунного статуса. Девочка консультирована иммунологом, назначено обследование: иммунофенотипирование лимфоцитов; сывороточные Ig A, M, G, по результатам которых убедительных данных за наличие иммунодефицита нет, в гемограмме – нормализация показателей лейкоцитарного ростка. Дополнительно рекомендовано исследование бактерицидной активности крови в НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева. После консультации оториноларинголога, проведения КТ головного мозга (уменьшение воспаления в области придаточных пазух носа, сохранение остаточного отека процесса).

06.03.2024 – девочка выписана в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано продолжение терапии, наблюдение врачами-специалистами по месту жительства.

Заключение. Таким образом, у детей необходимо проявлять особую настороженность в отношении очагов гнойной инфекции, а также своевременно назначать антибактериальную терапию с целью предотвращения развития риносинусогенных интракраниальных осложнений. При их возникновении требуется междисциплинарный подход с проведением оперативного вмешательства, что существенно снижает вероятность неблагоприятного исхода.

Литература

1. Lundy P., Kaufman C., Garcia D., [et al.]. Intracranial subdural empyemas and epidural abscesses in children // J. Neurosurg. Pediatr. – 2019. – Vol. 24, No. 1. – P. 14-21. doi: 10.3171/2019.1

ПОЛОЖИТЕЛЬНЫЕ ЭФФЕКТЫ АЭРОИОНОТЕРАПИИ В САНАТОРНО-КУРОРТНОМ ЛЕЧЕНИИ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ БРОНХОЛЁГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Хаматова Агунда Ахсарбековна, Ермаков Владимир Николаевич

Научный руководитель: к.м.н. Ермакова Е. В.
Рязанский детский клинический санаторий
памяти В. И. Ленина, г. Рязань

Актуальность. Распространенность острых респираторных заболеваний (ОРЗ) среди детского населения по-прежнему остается актуальной проблемой современной педиатрии. ОРЗ приводит к нарушению функциональной активности компенсаторных механизмов в организме ребенка, изменению иммунологической реактивности, что способствует формированию рецидивирующих и хронических заболеваний верхних и нижних дыхательных путей.

Материалы и методы. Эффективным методом среди немедикаментозных способов лечения детей, часто болеющих ОРЗ, является воздействие физическими факторами. А к одним из современных направлений физиотерапии относится лечебное применение аэроионотерапии.

Существует аэроионотерапия с использованием естественной аэроионизации (пребывание вблизи водопадов, у побережья моря, в горах и др.) и искусственной аэроионизации. Для искусственной аэроионизации применяют специальные генераторы аэроионов (АИ) и аэроионизаторы. Лечебное применение легких отрицательных ионов воздуха с возможностью контроля и дозирования параметров – биоуправляемая аэроионотерапия (БАИТ). Прибор для БАИТ «Аэро-вион» позволяет создавать направленный поток аэроионов в определенной заданной дозе, контролировать набранную пациентом дозу и обособлять лечение 3-5 пациентов одновременно. Аппарат практически не продуцирует окислы азота и озон, обладает сверхнизкой напряженностью электростатического поля, что имеет большое значение для растущего детского организма, а сама процедура занимает от 2 до 6 минут.

Терапевтическое воздействие отрицательных АИ кислорода реализуется с помощью кожно-висцеральных рефлексов, путем образования в коже биологически активных веществ, а также путем непосред-

ственного воздействия АИ на респираторный тракт, активизацией антиоксидантной системы. Дренажная функция бронхов улучшается за счет активации мукоцилиарного клиренса, повышения активности мерцательного эпителия и его пролиферации, ускорения выведения мокроты и слизи из дыхательных путей. Аэроионы вызывают расширение артериол и усиление кровотока в сосудах бронхов и альвеол, увеличивают потребление кислорода и выведение углекислоты, стимулируют метаболические и регенераторные процессы в дыхательных путях, а также повышают устойчивость организма к действию холода и респираторным заболеваниям. Что позволило обосновать патогенетическую направленность использования метода у детей с рецидивирующими бронхитами с лечебной и профилактической целью.

Усилить положительный эффект позволяют другие методы физиотерапии, если их применять до или после сеанса аэроионотерапии: дарсонвализация, ультразвуковая терапия, лазеротерапия, магнитотерапия, воздействие тепла – инфракрасное облучение, УФО, лечебный душ, массаж.

С целью изучения эффективности применения биоуправляемой аэроионотерапии при санаторно-курортном лечении детей с рецидивирующим бронхитом в ГБУ РО «Рязанский детский клинический санаторий памяти В. И. Ленина» в 2023 году был проведен анализ показателей клинической динамики у 30 пациентов с рецидивирующим обструктивным бронхитом, получавших БАИТ в составе комплексной терапии. В контрольную группу вошло 30 детей с рецидивирующим обструктивным бронхитом, не получавших биоуправляемой аэроионотерапии. Биоуправляемая аэроионотерапия проводилась с использованием аппарата «Аэровион» (АИДт-01). Курс лечения составлял от 8 до 10 процедур.

В комплекс обследования для оценки эффективности лечения входило: общеклиническое обследование; психологическое тестирование; оценка физического развития (антропометрия, тесты физической подготовленности); показатели функции внешнего дыхания; определение частоты случаев ОРЗ и рецидивирующего бронхита за год. Была установлена более высокая терапевтическая эффективность биоуправляемой аэроионотерапии (84%) по сравнению с традиционными мероприятиями, без аэроионотерапии.

Результаты. Отмечено благотворное влияние БАИТ на психоэмоциональную сферу. Результаты психологического тестирования, проведенного в конце курса аэроионотерапии, свидетельствовали о сниже-

нии числа детей с высоким уровнем личностной тревожности (76%) в 1,5 раза в основной группе, в 1,2 – в контрольной.

После воздействия БАИТ отмечались благоприятные изменения показателей функции внешнего дыхания, характеризующегося увеличением сниженного объема форсированного выдоха за 1 секунду и максимальной объемной скорости выдоха на уровне 25% форсированной жизненной емкости легких. Регистрировались положительные изменения показателей пикфлоуметрии по итогам лечения в санатории: до лечения $315,18 \pm 61,15$ л/мин.; после лечения $328,13 \pm 57,21$ л/мин.

Катамнестический контроль выявил стойкость терапевтического эффекта. В течение года не было зарегистрировано ни одного случая заболевания острой пневмонией и острым бронхитом, осложнений течения ОРЗ не отмечалось. Заболеваемость ОРЗ в основной группе отмечалась гораздо ниже, чем в контрольной.

Выводы. Результаты исследований свидетельствуют о благоприятном влиянии биоуправляемой АИТ на функциональное состояние дыхательной и нервной систем. Терапевтическая эффективность, хорошая переносимость, простота и доступность технологии обосновывают возможность применения биоуправляемой аэроионотерапии в санаторно-курортном лечении детей, подверженных частым респираторным заболеваниям.

Литература

1. Герасимова Л.И., Данилов Ю.А., Евстигнеев А.Р. Аэроионотерапия. Профилактика и лечебное воздействие на организм человека. Роль, сущность, механизмы и аппаратура. – Калуга, 1996. – С. 22-23.
2. Герасимова Л.И., Данилов Ю.А., Евстигнеев А.Р. Аэроионотерапия. Профилактика и лечебное воздействие на организм человека. Роль, сущность, механизмы и аппаратура. – Калуга, 1996. – С. 6-12.
3. Герасимова Л.И. Методические рекомендации по применению аэроионотерапии. – М., 1996. С. 12-16.
4. Григорьев С.П., Александров О.В., Рязанова Е.Э. Аэроионотерапия в лечении больных с бронхолегочной патологией // РМЖ. – 2000. – № 6. – С. 44-46.
5. Малявин А.Г. Респираторная медицинская реабилитация. – М.: Практическая медицина, 2006.
6. Пономаренко Г.Н., Пономарева Е.В., Середа В.П. Биоуправляемая аэроионотерапия – новый метод лечения больных бронхиальной астмой // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2003. – № 3. – С. 51-53.
7. Скипетров В.П., Беспалов Н.Н., Зорькина А.В. Лечение аэроионами кислорода: монография. – Саранск, 2000. – С. 49-57.

8. Улащик В.С. Сочетанная физиотерапия: общие сведения, взаимодействие физических факторов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2016. – Т. 93, № 6. – С. 411.
9. Голухова Е.З., Малявин А.Г., Клевцов Н.М., [и др.]. Галотерапия и другие современные медицинские технологии в восстановительном лечении и реабилитации // Сборник материалов 7-ой научно-практической конференции. – М., 2003. – С. 27-34.
10. Хан М.А., Конова О.М., Балаболкин И.И., [и др.]. Физические факторы в восстановительном лечении детей, больных бронхиальной астмой: пособие для врачей. – М., 2001.
11. Хан А. В., Вахова Е. Л. Оздоровительные технологии в педиатрии // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2012. – № 4. – С. 53-56.
12. Червинская А.В. Управляемые дыхательные среды в профилактике и восстановительном лечении // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2003. – № 3. – С. 75-80.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВРОЖДЕННОЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ

*Цыбулина Антонина Викторовна, Бурьян Светлана Ивановна,
Пустабаева Марина Сергеевна*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Белаш Т. А.
Ставропольский государственный медицинский университет,
г. Ставрополь

Актуальность. Средняя частота врожденных пороков развития в Российской Федерации составляет 3-7%. У 15% детей с пороками развития регистрируются пороки, несовместимые с жизнью, у 2% – обнаруживаются грубые аномалии. Истинная частота пороков остается неясной, так как при диагностике в основном ориентируются на те случаи, когда аномалии видны невооруженным глазом. Нередко их обнаруживают на аутопсии или же при специальных исследованиях у детей старших возрастных групп, имеющих нарушение функции тех или иных органов (сердце, сосуды, почки, легкие и др.). Благодаря изучению эпидемиологии врожденных пороков бронхолегочной системы у детей раннего возраста возможно улучшение оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией и готовности к отдаленным последствиям.

Цель. Изучить эпидемиологические аспекты врожденной бронхолегочной патологии у детей Ставропольского края.

Материалы и методы. Проанализированы медицинские карты стационарных больных краевой детской клинической больницы города Ставрополя, находившихся на госпитализации в отделениях: патологии недоношенных и новорожденных детей, пульмонологии, хирургии, оториноларингологии. Работа осуществлялась посредством заполнения специально разработанных карт, в которых были отмечены: возраст, пол, место жительства, диагноз, анамнез жизни и течение заболевания. Критерием включения в исследование была принадлежность нозологической единицы порока к разделам Q 32-34 Международной классификации болезней 10-го пересмотра. Статистический анализ проводился с использованием программы StatTech ver. 4.1.7 (ООО «Статтех», Россия). Категориальные данные описывались с указанием абсолютных значений и процентных долей. Сравнение процентных долей при анализе многопольных таблиц сопряженности выполнялось с помощью критерия хи-квадрат Пирсона.

Результаты. Наиболее часто встречающимися врожденными пороками развития дыхательной системы у детей были аномалии трахеобронхиального дерева (АТБД) (43%), реже встречалась кистозная гипоплазия лёгкого (17%). Самая редкая патология – артериовенозная трансформация средней и нижней долей правого лёгкого (1%). Среди АТБД чаще всего встречался добавочный бронх нижней доли правого лёгкого, (39%). Для выявления факторов риска развития ВПДС у детей изучена соматическая патология матерей. Проанализировав данные, можно сделать заключение, что у матерей, дети которых были рождены с ВПДС, чаще встречалась анемия – в 27%. Мальчики (63%) болели чаще девочек (37%). В 87% случаев дети рождались доношенными. Дети с ВПДС в 64% случаев были из сельской местности. У 54% исследуемых пациентов в неонатальном периоде отмечалась пневмония с затяжным течением, а у 24% пациентов наблюдались дыхательные нарушения без воспалительных изменений крови. Наиболее частой патологией является грудь «сапожника» -13%. При клиническом обследовании у 76% исследуемых детей деформация грудной клетки отсутствовала. Все аномалии были выявлены после 3-х лет. У 31 пациента (49%) диагноз был поставлен сразу после рождения. В 56% случаев диагноз был поставлен по результатам компьютерной томографии (КТ) лёгких, что является статистически значимым показателем ($p = 0,002$). По сравнению со статистикой эпиде-

миологии регионов Приамурья и Нижегородской области (наиболее подробно представлены в литературных источниках) данные нашего края сопоставимы по структуре ВПДС.

Выводы. На основании полученных данных ВПДС чаще наблюдались у доношенных мальчиков, проживающих в сельской местности, рождённых от матерей с анемией. Чаще ВПДС была установлена сразу после рождения по результатам КТ лёгких. Наиболее распространёнными ВПДС явилась группа АТБД.

Литература

1. Барашнев Ю.И., Бахарев В.А., Новиков П.В. Диагностика и лечение врожденных и наследственных заболеваний у детей. – М: Триада-Х, 2004. – С. 41-45.
2. Маршалкина Т.В. Структура врожденных пороков развития легких у детей // Педиатрия и детская хирургия. – 2019. – № 2 (52). – С. 13-15.
3. Хаматханова Е.М., Кучеров Ю.И. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков развития // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2007. – № 6. – С. 35.
4. Юдина Е.В., Медведев М.В. Основы пренатальной диагностики. – М., 2022.
5. Яковлев Е.И., Евсеева Г.П., Пичугина С.В., [и др.]. Эпидемиологические аспекты врожденных пороков развития бронхолёгочной системы у детей Приамурья // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. – 2019. – Вып. 74. – С. 70-74.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ВРОЖДЕННЫЙ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ ГИПОВЕНТИЛЯЦИОННЫЙ СИНДРОМ (CONGENITAL CENTRAL HYPOVENTILATION SYNDROME, CCHS, ONDINE’S CURSE, СИНДРОМ УНДИНЫ)

*Чекмарева Антонина Дмитриевна,
Артамонова Елена Константиновна*

Научный руководитель: к.м.н., доц. Стежкина Н. В.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Актуальность. Идиопатический врожденный центральный гиповентиляционный синдром (Congenital central hypoventilation syndrome, CCHS, Ondine’s curse, синдром Ундины) – то редкое генетическое заболевание, проявляющееся первичной альвеолярной гиповентиляци-

ей во время сна (а в более тяжелых случаях – и во время бодрствования), характеризующееся отсутствием автономного контроля над процессом дыхания, снижением чувствительности к гиперкапнии и гипоксемии. Заболевание ассоциировано с мутацией гена RHOX2B в локусе 4p12 (93–100%). Этот ген кодирует транскрипционный фактор, необходимый для развития центральной и периферической нервной системы. Мутация в гене-регуляторе развития автономной нервной системы приводит к снижению чувствительности дыхательного центра к гиперкапнии и гипоксемии. В мировой литературе описано всего около 1200 случаев данного заболевания. Частота встречаемости синдрома точно неизвестна, по данным французских авторов, заболевание встречается в 1 случае на 50 000–200 000 новорожденных. Ввиду сложности своевременной диагностики смертность чрезвычайно высока. В настоящее время в мире известны не более 1 000 выживших больных.

Цель. Представить клинический случай синдрома Ундины у ребенка.

Материалы и методы. Анализ клинического случая и первичной медицинской документации ребенка И.

Результаты. Ребёнок от первой беременности, протекавшей в 30 недель с анемией, кандидозом. Роды первые, на 41 неделе. Масса при рождении 3730 г, длина 55 см. Состояние при рождении средней тяжести за счёт дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики. По шкале Апгар 5/7 баллов. В родильном зале начата оксигенотерапия через лицевую маску на этом фоне SpO₂ 88-94%. Отрицательная динамика через 1 час за счет нарастания дыхательной недостаточности. Интубация трахеи, ИВЛ в течение 3 часов. Состояние стабилизировалось, экстубирован.

Переведен в ОПНД РОДКБ в возрасте 5 часов жизни. При поступлении состояние тяжелое за счет дыхательной недостаточности и неврологической симптоматики. В течение суток частые апноэ с падением SpO₂ до 80%. Ребенок переведен в АРО, где начата ИВЛ, попытки перевода на СРАР безуспешна из-за частых апноэ с падением SpO₂ до 75-80%.

На 9 день жизни судорожный синдром в виде классических мимических судорог.

В 5 месяцев ребенок переведен на самостоятельное дыхание через искусственную систему с подачей увлажненного кислорода 1 л/мин. Однако через 3 дня в связи с нарастанием дыхательной недостаточности вновь переведен на ИВЛ. У ребенка заподозрен врожденный цен-

тральный гиповентиляционный синдром, осмотрен генетиком. При молекулярно-генетическом исследовании выявлена экспансия аланинового тракта в гене *RHOX2B*, что подтверждает диагноз идиопатического врожденного центрального гиповентиляционного синдрома.

В 6 месяцев трахеостомирован. После адаптации к ИВЛ, трахеостоме выписан домой. Присвоен статус паллиативного больного. Инвалид - детства. В динамике наблюдается неврологом, судорожный синдром не рецидивировал в течение 6 месяцев от момента возникновения на фоне противосудорожной терапии (левепирацетам, вальпроевая кислота), затем терапия поэтапно отменена.

В 7 лет госпитализация в ОРИТ ГБУЗ НПД СМД: за время госпитализации проведено комплексное обследование, выполнение хирургическое вмешательство: имплантация стимулятора диафрагмального нерва справа и слева. За время ношения диафрагмального стимулятора было однократное поднятие температуры 37,8°C, с появлением эритематозной сыпи вокруг диафрагмальных датчиков, на фоне лечения (зиртек) высыпания купировались.

В настоящее время ребенку 7 лет. Носитель трахеостомы. Нервно-психическое развитие: ходит с поддержкой, стоит с поддержкой, сидит самостоятельно. Объясняется жестами, говорит «мама», «папа». Ест из бутылочки и с ложки, пережевывает твердую пищу. Понимает обращение к себе, выполняет просьбы по типу: «сядь», «ляг», «дай».

Выводы. Считается, что прогноз синдрома Ундины или врожденной центральной гипервентиляции скорее неблагоприятный. Для этого заболевания характерна относительно высокая неонатальная смертность, в дальнейшем жизнь больного зависит от аппарата искусственной вентиляции легких.

Однако в настоящее время многие пациенты с этим заболеванием уже дожили до взрослого возраста, что указывает на отсутствие его прямого влияния на продолжительность жизни или развитие сопутствующих нарушений. Поэтому разработка более совершенных стимуляторов дыхательных движений в будущем позволит обеспечить лицам, страдающим от синдрома Ундины, оптимальный уровень качества жизни.

Профилактика заболевания на сегодняшний день не разработана по причине генетической природы и редкости данного состояния.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ КОКЛЮША У ГРУДНОГО РЕБЕНКА

*Шилина Светлана Александровна, Фалетров Михаил Владимирович,
Тарара Юлия Константиновна, Аникеева Наталья Александровна,
Симонайтес Андрей Александрович, Йешкина Мария Николаевна,
Варварина Юлия Петровна, Агапова Анна Ивановна*

Научный руководитель: к.м.н., Фокичева Н. Н.
Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И. П. Павлова, г. Рязань

Актуальность. Рост заболеваемости коклюшем в РФ представляет собой важную медико-социальную проблему. В 2023 г. показатель заболеваемости коклюшем составил 35,98 на 100 тысяч населения, что в 16,4 раз выше уровня заболеваемости в 2022 г. Наиболее уязвимой группой являются непривитые дети первого года жизни, для них заболевание коклюшем может иметь фатальные последствия, вплоть до летального исхода.

Цель. Изучить особенности течения коклюша у непривитого ребенка первых месяцев жизни на примере клинического случая.

Материалы и методы. Данные медицинской документации пациента и анализ научной литературы.

Результаты. Мальчик, 2 месяца, доставлен в ГКБ № 11, госпитализирован в реанимационное отделение на 6 день болезни.

При поступлении тяжесть состояния была обусловлена дыхательной недостаточностью (ДН) II степени и интоксикацией. Ребенок был в сознании, бледный, отмечался цианоз носогубного треугольника, частый приступообразный кашель, одышка смешанного типа с преобладанием экспираторного компонента, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ЧДД – 60 в минуту, ЧСС – 180 в минуту, SpO₂ – 92%. В клиническом анализе крови лейкоцитоз 71,4×10⁹/л с лимфоцитозом (53%).

Методом ПЦР обнаружена ДНК *Bordetella pertussis* в отделяемом из зева, методом ИФА выявлены IgM к *Mycoplasma pneumoniae*. На рентгенограмме органов грудной клетки: правосторонняя пневмония. Поставлен диагноз: Смешанная инфекция: коклюш, вызванный *Bordetella pertussis*, период спазматического кашля, тяжелое течение. Острая микоплазменная инфекция, респираторный микоплазмоз,

осложнённая верхнедолевой пневмонией справа, тяжелое течение. ДН 2 степени.

Лечение включало проведение оксигенотерапии, назначение антибактериальных, иммунокорректирующих и противокашлевых препаратов, антикоагулянтов непрямого действия и гормональных лекарственных средств.

За время наблюдения, несмотря на проводимое лечение, состояние ребенка оставалось тяжелым за счет нарастания ДН, учащались эпизоды апноэ, сопровождающиеся десатурацией до 5-10%.

На 17 день лечения прогрессивное ухудшение состояния потребовало перевода пациента на ИВЛ. На фоне нарастания сердечно-легочной недостаточности отмечалась брадикардия и гипотония с последующей остановкой сердечной деятельности. Комплекс реанимационных мероприятий оказался нерезультативным.

Вывод. Представленный случай иллюстрирует тяжелое течение коклюша у невакцинированного ребёнка первых месяцев жизни. Заболевание особенно опасно для детей грудного возраста, так как они наиболее уязвимы к осложнениям и тяжелым формам заболевания. Для защиты данного контингента необходимо расширить охват вакцинацией детского и взрослого населения.