

## ПИЕЛОЭКТАЗИИ У ДЕТЕЙ

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Разуваев О.А.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

*Актуальность.* Врождённые аномалии почек составляют 10% всей урогенитальной патологии. Ультразвуковое исследование (УЗИ) почек проводится детям до года в возрасте 1 мес жизни, что способствует раннему выявлению патологии урогенитальной системы.

*Цель:* выявить частоту встречаемости пиелоектазий у детей в возрасте до 3 мес.

*Материалы и методы.* Проведен анализ 124 амбулаторных карт детей в возрасте до 1 года жизни (мальчики — 43%, девочки — 57%), которым было проведено УЗИ почек за последний год. Для анализа полученных данных использовались методы непараметрической статистики.

*Результаты.* Выявлено, что УЗИ почек было проведено в 97,6% случаев. Пиелоектазия наблюдалась у 15,7% детей: у 57,9% девочек и у 42,1% мальчиков в возрасте до 1 года. Расширение чашечно-лоханочной системы (ЧЛС) с 4 до 6 мм определялось у 73,7% детей, с 6 до 9 мм — у 26,3%, свыше 9 мм — ни у одного ребёнка. Состоят на диспансерном учёте 94,7% выявленных детей с пиелоектазиями, из них регулярно проходили диспансеризацию 88,9% детей. Выявлено, что прогрессивное увеличение расширения ЧЛС наблюдалось у 1 (5,6%) ребёнка, данному пациенту была назначена профилактическая терапия. Подтверждённый дебют инфекции мочевыводящих путей у детей в течение года с пиелоектазией наблюдался в 5,3% случаев.

*Выводы.* УЗИ почек — безопасный и информативный метод диагностики пиелоектазий, но проводится не всем детям в возрасте 1 мес жизни. Частота выявления пиелоектазий составляет 15,7% и встречается с равной частотой у девочек и мальчиков. У большинства детей наблюдается расширение ЧЛС от 4 до 6 мм. Своевременная диагностика пиелоектазий у детей и профилактические мероприятия способствуют снижению частоты дебюта инфекций мочевыводящих путей.

\*\*\*

## МЕТОДЫ ОЦЕНКИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ НА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОМ ЭТАПЕ И ИХ АНАЛИЗ

Разуваева Ю.Ю., Леднева В.С., Сафронова К.В., Хребтова О.П.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

*Актуальность.* Отклонение от нормы физического развития (ФР) ребёнка является одним из первых симптомов изменений функционального состояния организма. Информативным для оценки ФР на современном этапе является метод сигмальных отклонений с использованием таблиц, компьютерных программ WHO Anthro и WHO Anthro Plus, приложения для телефона AnthroCalc.

*Цель:* определить широту использования современных методов оценки ФР детей участковыми педиатрами.

*Материалы и методы.* Проведено анкетирование 64 педиатров амбулаторного звена. Возраст опрошенных врачей варьировал от 23 до 55 лет. По стажу работы анкетированные были разделены следующим образом: до 1 года — 19%, 1–10 лет — 59%; свыше 10 лет — 22%.

*Результаты.* Установлено, что на приём за 1 неделю приходит в среднем 135 [72; 160] детей. Из них оценка ФР проводилась

20 [15; 35] детям. За один «День здорового ребенка» на приём приходят в среднем 15 [13; 19] детей, из них оценка ФР проводится 14 [10; 19] детям. Для оценки ФР 21,9% педиатров пользуются методом сигмальных отклонений: таблицами — 12,5%, компьютерными программами WHO Anthro и WHO Anthro Plus — 9,4%, мобильным приложением AnthroCalc — 3,1%. Оценивают ФР другими методами 78,1% врачей. Центильный метод используют 65,6% педиатров, полагаются на личный опыт при оценке — 6,2%, индексами ФР (Кетле, Брока) — 3,2%. Быстрым и удобным способом оценки ФР большинство врачей признало центильный метод (81,25%), по 6,25% анкетированных выбрали таблицы сигмальных отклонений, компьютерные программы WHO Anthro и WHO Anthro Plus и приложение для телефона AnthroCalc.

*Выводы.* Полученные данные показывают, что большинство педиатров используют устаревшие методы оценки ФР детей. Оценка развития детей 1-го года жизни проводится практически у всех пациентов, но при этом у детей старшего возраста показатели ФР оцениваются лишь в 14,8%.

\*\*\*

## ГИПОДИНАМИЯ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ПЕРИОД ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

Рещиков В.А., Ершова И.Б.

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки, Луганск

*Актуальность.* Режим домашнего карантина во время пандемии COVID-19 оказал негативное влияние на качество жизни детей школьного возраста. В связи с этим ВОЗ скорректировала рекомендации по нормам физической активности с учётом пандемии коронавируса и значимости регулярной физической активности для людей различных возрастных групп.

*Цель:* провести анализ влияния гиподинамии при дистанционном обучении на состояние здоровья школьников.

*Материалы и методы.* Нами было проведено анкетирование 75 детей младшего школьного возраста, находившихся на дистанционном обучении. Все полученные данные обработаны статистически.

*Результаты.* По данным анкетирования, утренней гигиенической гимнастикой занимались 11 (14,6%) детей из 75 опрошенных. 14 (18,7%) детей в течение дня выполняли комплекс физических упражнений. Согласно ответам родителей выявлен низкий (12%) процент контроля и влияния их личного примера на занятия физической культурой детей. Школьные занятия по физкультуре проводились только теоретически, хотя ВОЗ рекомендует использовать для этого практические онлайн-занятия. Анализ данных опроса родителей и детей позволил выделить часто встречаемые жалобы со стороны школьников: быстрая утомляемость (41 ребёнок — 54,7%), регулярные головные боли (37 детей — 49,3%), боли в спине и воротниковой зоне позвоночника (32 ребёнка — 42,6%), неуравновешенность и лабильность в поведении (28 детей — 37,3%), нарушения сна (16 детей — 21,3%), абдоминальные (14 детей — 18,7%) и кардиальные боли (13 детей — 17,3%), периодическое беспричинное повышение температуры тела (9 детей — 12%). При лабораторно-функциональном обследовании в поликлинических условиях у детей органической патологии не было выявлено. Тревожным проявлением гиподинамии, по нашему мнению, является прогрессивное увеличение массы тела на фоне нормальных возрастных показателей роста. Так, у 42 (56%) детей отмечается избыточная масса тела. Из них изначально лишний вес был у 4 (5,3%) детей. При дальнейшем негативном отношении к физической активности у этих детей ожидаемо развитие ожирения.

*Выводы.* Необходимо существенно увеличить объёмы физической активности школьников и вести поиски активного контроля физической активности детей, обучающихся дистанционно.

\*\*\*

## ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ МУКОВИСЦИДОЗА У ПАЦИЕНТА С ПОЛИОРГАНЫМ ПОРАЖЕНИЕМ

Садовникова И.В., Чекалова С.А.,  
Айзенштадт А.А., Постникова А.Д., Егорская А.Т.

Приволжский исследовательский медицинский университет Минздрава России, Нижний Новгород

*Актуальность.* Муковисцидоз — одно из самых распространённых наследственных заболеваний. В настоящее время происходит увеличение продолжительности жизни пациентов с муковисцидозом за счёт улучшения методов лечения. Вместе с этим растёт и частота развития осложнений, сопутствующих заболеваний.

*Описание клинического случая.* Ребенок М., 9 лет, ИМТ 13,23 кг/м<sup>2</sup>, поступил в тяжёлом состоянии с жалобами на малопродуктивный кашель, пиретическую температуру, маслянистый кашеобразный стул до 4 раз в сутки. Мальчик от 1-й беременности, протекавшей на фоне анемии, инфекции мочевыводящих путей в III триместре, курения, 1-х своевременных родов; масса тела при рождении 2815 г, длина 48 см, 8/9 баллов по шкале Апгар. У ребёнка в возрасте 1 мес было выявлено увеличение уровня хлоридов в секрете потовых желез (неонатальный скрининг). При генетическом анализе была обнаружена мутация *F508del* в гомозиготном состоянии. При осмотре отмечали бледность кожного покрова, наличие периорбитальных теней, равномерное снижение подкожно-жирового слоя, расширение грудной клетки в переднезаднем направлении. Носовое дыхание было затруднено. Перкуторно над лёгкими — коробочный звук, аускультативно — жёсткое дыхание с непостоянными хрипами в подлопаточной области, ЧД 24 в 1 мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, систолический шум на верхушке сердца, ЧСС 90 уд/мин. Пальпаторно живот мягкий, незначительно болезненный в околопупочной области, печень +1 см от края правой рёберной дуги. При поступлении в стационар в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз за счёт моноцитоза, ускорение СОЭ. В крови увеличен уровень СРБ, снижены концентрации ЛПВП, ЛПНП, витамина D. На УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени и поджелудочной железы, увеличенные лимфоузлы в воротах печени, признаки дисметаболической нефропатии, дополнительная доля селезенки. На ЭхоКГ — дополнительная трабекула левого желудочка, физиологическая регургитация на клапане лёгочной артерии, трикуспидальном клапане. ЭКГ: ритм синусовый, ЭОС горизонтальная. По данным МСКТ лёгких: хронический бронхолегочный процесс. По результатам МСКТ придаточных пазух носа: полипозный пансинусит. Фиброэластометрия печени: 0 стадия фиброза по METAVIR. Ребёнку был поставлен диагноз: кистозный фиброз (муковисцидоз), лёгочно-кишечная форма, тяжёлое течение, генотип *F508del/F508del*. Осложнениями явились: хроническая белково-энергетическая недостаточность средней тяжести, хронический полипозный синусит, период обострения, хронический гастроудоденит, период неполной клинической ремиссии, хроническая панкреатическая недостаточность тяжёлой степени. Сопутствующие заболевания: хронический гнойный бронхит, период обострения, дыхательная недостаточность I степени; интермиттирующий высев *Pseudomonas aeruginosa*; хроническая стафилококковая инфекция; дополнительная трабекула в полости левого желудочка, аплазия желчного пузыря. Полиорганность поражения обусловила развитие выраженной дыхательной, панкреатической, белково-энергетической недостаточности. Течение заболевания было осложнено наличи-

ем сопутствующей патологии — инфильтративного туберкулёза лёгких, нарушением углеводного обмена с угрозой развития сахарного диабета, присоединением поражения почек. С учётом стандартов лечения были назначены креон, урсосан, АЦЦ, витамины А и D. Назначено дополнительное питание — нутрикомп 200 мл/день ежедневно. С целью коррекции витаминной недостаточности пациент постоянно получает витамин Е внутрь 16 капель 3 раза в день. Для муколитического эффекта ребёнку проводили ингаляции через небулайзер с пульвизимом и гипертоническим раствором хлорида натрия. В связи с обострением хронического бронхолегочного процесса и повторным высевом синегнойной палочки назначен ингаляционно брамиб по 300 мг 2 раза в день, внутривенно капельно — антисинегнойная терапия согласно выявленной чувствительности, для коррекции микробиоты кишечника — бифидумбактерин. Проводилась также антибактериальная терапия цефотаксимом, эритромицином. Лечение с положительной динамикой.

*Выводы.* Данный клинический случай показывает значимость своевременного неонатального скрининга для ранней диагностики муковисцидоза. Пациенты с кистозным фиброзом требуют комплексной диагностики для выявления осложнений и сопутствующих заболеваний, проведения своевременного полноценного лечения и минимизации рецидивов, что улучшит качество жизни пациентов и увеличит её продолжительность.

\*\*\*

## ИЗМЕНЕНИЯ МИКРОБИОТЫ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С ОБСТРУКТИВНЫМ ЛАРИНГИТОМ

Салова А.Л., Когут Т.А., Мозжухина Л.И.

Ярославский государственный медицинский университет Минздрава России, Ярославль

*Актуальность.* Повторные эпизоды обструктивного ларингита встречаются у 30–50% детей. Известно множество факторов, способствующих рецидивирующему течению крупы, однако у 20% пациентов не удаётся выявить причину. Поиск новых факторов риска повторных эпизодов стеноза гортани остаётся актуальным.

*Цель:* определить изменения состава микробиоты рото- и носоглотки детей с обструктивным ларингитом.

*Материалы и методы.* Обследовано 96 больных, которые были распределены на 3 группы: 1-я ( $n = 35$ ) — с одним эпизодом крупы; 2-я ( $n = 30$ ) — с повторными эпизодами крупы; 3-я ( $n = 31$ ) — без крупы (группа контроля). Проведено бактериологическое исследование мазков из носо- и ротоглотки методом ПЦР в период отсутствия симптомов ОРВИ. Все полученные данные обработаны статистически при помощи программы JAMOVI. Критический уровень значимости  $p < 0,05$ .

*Результаты.* Микробное носительство  $\beta$ -гемолитического стрептококка у больных 2-й группы выявлялось в 1,5 раза и 3 раза чаще по сравнению с детьми 1-й и 3-й групп ( $p < 0,05$ ), стрептококк (*St. pneumoniae*) — в 48% случаев (в 1-й группе — 24%, в 3-й — 11%;  $p < 0,01$ ), *M. catarrhalis* у 78% детей (в 1-й группе — у 12%, в 3-й — у 7,9%). *H. influenzae* выделяли в 75% случаев (в 1-й группе — у 44,1% с 1 эпизодом крупы, в 3-й — у 21,4%). *C. albicans* была выделена у 66% детей 2-й группы, что в 1,7 и 3,5 раза чаще, чем в 1-й и 3-й группах;  $p < 0,01$ ). Ассоциации возбудителей в виде  $\beta$ -гемолитического стрептококка + *C. albicans*, *M. catarrhalis* + *H. influenzae*, *St. pneumoniae* + *C. albicans*, *St. pneumoniae* + *H. influenzae* выделялись в 75% случаях у больных с повторными эпизодами обструктивного ларингита по сравнению с детьми 1-й и 3-й групп (50% и 22%;  $p < 0,01$ ).

*Выводы.* Наличие ассоциаций возбудителей в виде  $\beta$ -гемолитического стрептококка + *C. albicans*, *M. catarrhalis* + *H. influ-*