

*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 гастродуоденит, 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 наличием

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 брамибон 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-*