

(БК), нередко протекают с внекишечными проявлениями, среди которых часто встречается гепатобилиарная патология, в частности, первичный склерозирующий холангит (ПСХ).

Цель: определить изменения лабораторных показателей и параметров транзитной эластографии печени (ТЭП) у детей с ПСХ в сочетании с ВЗК (ПСХ + ВЗК).

Материалы и методы. Обследовано 45 детей (28 мальчиков и 17 девочек) с ПСХ + ВЗК в возрасте от 3,5 года до 17 лет 8 мес. При первичной госпитализации у всех пациентов оценивали лабораторные показатели, характеризующие функциональное состояние печени, а также у 30 детей — данные ТЭП для определения стадии фиброза печени (ФП).

Результаты. У 41 (91,1%) из 45 пациентов отмечалось сочетание ПСХ с ЯК, у 4 (8,9%) — с БК. Медиана возраста дебюта ПСХ составила 9 лет 6 мес при интерквартильном отрезке [5 лет 8 мес; 13 лет 7 мес], кишечных проявлений — 8 лет 7 мес [3 года 8 мес; 13 лет 1 мес]. Повышение сывороточной концентрации АЛТ отмечалось у 23 (51,1%) детей, АСТ — у 29 (64,4%), общего белка — у 15 (33,3%), общего билирубина за счёт прямой фракции — у 5 (11,1%), ГГТ — у 31 (68,9%), ЩФ — у 9 (20%) детей. Гипоальбуминемия отмечалась у 13 (29,9%), гиперфибриногенемия — у 12 (28,0%) детей. Удлинение АЧТВ отмечено у 12 (28,6%), удлинение протромбинового времени — у 15 (35,7%), повышение МНО — у 6 (14,3%) пациентов. По данным ТЭП, у 10 (33,3%) пациентов был выявлен умеренный ФП (стадия F2 по шкале METAVIR), у 8 (26,7%) — цирроз (F4), выраженный ФП (F3) — у 5 (16,7%), слабый ФП (F1) — у 2 (6,7%) пациентов. Фиброз отсутствовал (F0) у 5 (16,7%) пациентов.

Выводы. В большинстве случаев ПСХ сочетается с ЯК и характеризуется наличием лабораторных синдромов цитолиза и холестаза более чем у 50% пациентов, а также коагулопатией с высокой долей (83,4%) наличия ФП различной степени выраженности.

ЭНДОКРИННО-НЕЗАВИСИМЫЙ ВАРИАНТ НИЗКОРОСЛОСТИ

Филиппова Т.А., Самойлова Ю.Г., Олейник О.А., Муталими В.Э.

Сибирский государственный медицинский университет
Минздрава России, Томск

Актуальность. Задержка роста детей встречается не только при эндокринных заболеваниях, но и при хронической патологии почек, печени, ЖКТ, костной и кроветворной систем. При этом самым важным является своевременная точная диагностика ведущей формы патологии у ребёнка, актуально также проведение дифференциальной диагностики вариантов низкорослости с целью выявить среди таких пациентов соматотропную недостаточность.

Описание клинического случая. В эндокринологическое отделение детской клиники поступила девочка 13 лет 6 мес с жалобами на отставание в росте с 4 лет. У эндокринолога не наблюдалась. На момент осмотра рост фактический 137 см, вес фактический 30,4 кг. Рост долженствующий 159 см. SDS роста = -3,35. ИМТ = 16,2 кг/м². SDS ИМТ = -1,39. Физическое развитие оценено, как низкое, гармоничное (на 9 лет 10 мес). Объективный статус без особенностей. Половое развитие по женскому типу, стадия по Таннеру 4. Отёков нет. Дизурических явлений нет. При обследовании в общем анализе крови (ОАК) выявлены анемия 2 степени и ускоренная СОЭ до 23 мм/ч, в общем анализе мочи (ОАМ) отмечались гипостенурия до 1006, умеренная бактериурия, цилиндрурия. В биохимическом анализе крови выявлены: повышение уровня мочевины до 15,6 мм/л и креатинина до 290 мкмоль/л, скорость клубочковой филь-

трации (СКФ) 18 мл/мин/1,73 м², К — 3,3 ммоль/л, Na — 143 ммоль/л, Ca — 2,06 ммоль/л. В контрольном биохимическом анализе крови мочевины 15,6 мм/л, креатинин 280 мкмоль/л, СКФ рассчитана прежняя. Гормональный статус без отклонений. ЭКГ в пределах возрастной нормы. УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза без патологии. При УЗИ почек установлены выраженные диффузные изменения паренхимы почек, мелкие кисты, проявления аномалии развития (дисплазия почечной ткани?) или вторичное поражение паренхимы при хронической патологии. УЗИ щитовидной железы в пределах возрастной нормы. На рентгенографии кистей с лучезапястными суставами костный возраст на 15 лет. Ребёнок был консультирован нефрологом, выставлен диагноз: хроническая болезнь почек (СКФ 18 мл/мин/1,73 м²), стадия 4. Рекомендовано дальнейшее обследование и определение тактики лечения в специализированном отделении.

Выводы. Данный клинический случай показывает необходимость проведения правильной своевременной диагностики соматогенно обусловленных вариантов низкорослости в детском возрасте.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ ШКОЛЬНИКОВ

Фуголь Д.С., Коваленко А.В., Лапина П.К.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. Согласно Глобальной стратегии ВОЗ по питанию, физической активности и здоровью в возникновении большинства неинфекционных заболеваний (сердечно-сосудистые заболевания, ожирение, диабет 2-го типа, остеопороз, некоторые формы рака) ведущая роль отводится недостаточному или нерациональному питанию с избыточным потреблением высококалорийной пищи, богатой тугоплавкими жирами, легко усваиваемыми углеводами и солью, недостаточным — фруктами и овощами.

Цель — оценить пищевое поведение детей 9–16 лет.

Материалы и методы. В 2019–2020 гг. было проведено анкетирование 600 семей детей 9–16 лет (310 мальчиков, 290 девочек). Учитывались частота потребления того или иного продукта, характер питания, место принятия пищи (кафе, дом, школа). Статистическая обработка данных проводилась с применением пакета программ «Statistica 22.0». Определяли показатель ранговой корреляции Спирмена и U-критерия (Манна-Уитни). Различия расценивали как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты. Установлено, что к возрасту 15–16 лет в 4 раза снижается потребление овощей и кисломолочных продуктов. Почти в 2 раза уменьшается потребление мясных продуктов, рыбы и фруктов ($p < 0,05$). В рационе девочек достоверно больше фруктов, овощей и кисломолочных продуктов ($p < 0,05$). Значительная часть детей в возрасте 15–16 лет (67,8% мальчиков и 64,3% девочек), несколько реже дети 11–13 лет (58,1% мальчиков и 53,5% девочек) и только 27,3% мальчиков и в 28,1% девочек 9–10 лет употребляли фастфуд ($p < 0,05$).

Выводы. В линейной прогрессии отмечается уменьшение потребления продуктов рационального питания, а именно: рыбы, овощей, кисломолочных продуктов, фруктов, но при этом увеличивается употребление фастфуда. В группе 15–16 лет девочки более привержены принципам правильного питания, нежели мальчики.
