

ОСОБЕННОСТИ АНЕМИИ ПРИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОМ КОЛИТЕ У ДЕТЕЙ

Цветкова В.С., Потапов А.С., Семикина Е.Л.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Анемия является распространённым внекишечным проявлением воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК). Её патогенез может быть связан с нарушенным кишечным всасыванием, хронической кровопотерей и воспалительной блокадой обмена железа. Уточнение патогенеза анемии важно для выбора адекватной терапии.

Цель: определить комплекс современных эритроцитарных показателей клинического анализа крови для выявления особенностей анемии у детей с ВЗК.

Материалы и методы. Проведён анализ 630 исследований крови, выполненных методом проточной гемоцитометрии на автоматическом анализаторе «Sysmex XN 1000» у пациентов с ВЗК в возрасте от 5 лет до 17 лет 11 мес: 150 — с болезнью Крона (БК) и 220 — с язвенным колитом (ЯК), наблюдавшихся в гастроэнтерологическом отделении с гепатологической группой. В разработку были включены следующие параметры: средний объем эритроцита (MCV), среднее содержание и средняя концентрация гемоглобина в эритроците (MCH и MCHC соответственно), показатель анизоцитоза (RDW), абсолютное число ретикулоцитов (RET), фракция молодых ретикулоцитов (IRF), эквивалент гемоглобина в ретикулоците (Ret-He). Статистическая обработка проводилась с помощью программы «SPSS Statistics 26».

Результаты. Установлено, что нарастание активности ВЗК сопровождалось усилением анемического синдрома при БК и ЯК. При этом у детей с БК ведущим было нарастание гипохромии: снижение MCV, MCH, MCHC, Ret-He с увеличением RDW ($p \leq 0,001$) без ретикулоцитарной реакции ($p > 0,05$). У детей с ЯК нарастание анемии сопровождалось в первую очередь усилением ретикулоцитарной реакции — повышением RET и IRF ($p \leq 0,001$), признаки гипохромии появлялись только при максимальной активности ЯК.

Выводы. Выявленные изменения свидетельствуют о том, что развитие анемии при БК связано преимущественно с дефицитом биодоступного железа. В развитие анемии у детей с ЯК значительный вклад вносит кровопотеря из кишечника, только при высокой активности ЯК появляются изменения эритроцитарных индексов, свидетельствующие о присоединении дефицита железа.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ МОДЕЛИ РИСКА ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ БОЛЕЗНИ КРОНА И ЯЗВЕННОГО КОЛИТА У ДЕТЕЙ

Цветкова В.С., Потапов А.С., Семикина Е.Л.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. В связи со сложностью диагностики и контроля эффективности терапии воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) у детей в последние годы значительное внимание уделяется минимизации инвазивных методов, что особенно актуально для педиатрической практики.

Цель: разработка прогностической модели для оценки риска наличия эндоскопической активности болезни Крона (БК) или язвенного колита (ЯК) у детей.

Материалы и методы. В анализ были включены показатели клинического анализа крови, выполненного методом проточной гемоцитометрии на автоматическом анализаторе «Sysmex XN 1000», концентрации С-реактивного белка и фекального кальпро-

тектина, которые сопоставляли с данными илеоколоноскопии 160 пациентов с ВЗК в возрасте от 5 лет до 17 лет 11 мес (80 — с БК и 80 — с ЯК), наблюдавшихся в гастроэнтерологическом отделении с гепатологической группой в 2018–2019 гг. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы «SPSS Statistics 26». Математические модели разработаны методом бинарной логистической регрессии.

Результаты. Разработана прогностическая модель для БК: $P_{БК} = 1/(1 + e^{-z})$, где $P_{БК}$ — вероятность эндоскопической активности БК; $z = 67,34 + 0,028 \times X_{ФК} - 0,145 \times X_{МСНС} - 2,43 \times X_{МРV} \times 100\%$, где $X_{ФК}$ — уровень фекального кальпротектина (мкг/г), $X_{МСНС}$ — коэффициент средней концентрации гемоглобина в эритроците (г/л), $X_{МРV}$ — коэффициент среднего объема тромбоцитов (фл). Полученная модель статистически значима ($p < 0,001$; Se = 95%; Sp = 100%) и учитывает 90,2% факторов. Прогностическая модель для ЯК: $P_{ЯК} = 1/(1 + e^{-z})$, где $P_{ЯК}$ — вероятность эндоскопической активности ЯК; $z = 11,29 + 0,039 \times X_{ФК} - 0,588 \times X_{Р-ЛСР} \times 100\%$, где $X_{ФК}$ — уровень фекального кальпротектина (мкг/г), $X_{Р-ЛСР}$ — коэффициент крупной фракции тромбоцитов (%). Полученная модель статистически значима ($p < 0,001$; Se = 100%; Sp = 83,3%) и учитывает 85,4% факторов. Пороговое значение функции $P = 0,5$.

Выводы. Разработанные модели позволяют оценить риск эндоскопической активности у детей с ВЗК и определить необходимость проведения илеоколоноскопии.

КРЕАТИНИН КРОВИ И СКОРОСТЬ КЛУБОЧКОВОЙ ФИЛЬТРАЦИИ У ДЕТЕЙ, РОДИВШИХСЯ НЕДОНОШЕННЫМИ

Цинцадзе Б.Д., Казакова К.А.

Национальный медицинский исследовательский центр
здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Отсутствие консенсуса в отношении референсных значений уровня креатинина крови и скорости клубочковой фильтрации (СКФ) для недоношенных детей указывает на актуальность этого значимого диагностического вопроса.

Цель: определить влияние массы тела при рождении и гестационного возраста на уровень креатинина крови и СКФ у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведён анализ медицинской документации у 316 детей в возрасте от 1 мес до 2 лет включительно, госпитализированных в отделение патологии детей раннего возраста в 2012–2017 гг., с последствиями перинатального поражения ЦНС, без почечной патологии в анамнезе. При обследовании в стационаре креатинин крови определяли энзиматическим методом, СКФ рассчитывали по формуле Шварца, использованы коэффициенты 0,413, а также 0,33 для недоношенных и 0,44 для доношенных детей. Статистическая обработка проводилась с использованием программы «SPSS Statistics v.26».

Результаты. В возрасте до 1 года у недоношенных детей уровень креатинина крови оказался ниже по сравнению с доношенными детьми, наиболее выраженное снижение отмечалось у детей, родившихся с ЭНМТ и ОНМТ, с гестационным возрастом до 28 нед и 28–32 нед. СКФ оказалась ниже в возрасте до 3 мес у детей, родившихся с ЭНМТ, но с возрастом увеличилась, к году превысив СКФ у детей, родившихся с массой тела >2500 г. В объединённой группе в возрасте до 1 года СКФ у детей с ЭНМТ и ОНМТ превышала СКФ у родившихся с нормальной или умеренно сниженной массой тела. СКФ у родившихся до 28 нед гестации к 1 году превышала СКФ у доношенных детей.

Выводы. Установленные нами показатели креатинина крови будут использованы для разработки референсных значений при разных сроках гестации и массе тела при рождении детей в уч-

реждениях, пользующихся энзиматическим методом определения креатинина крови. Полученные показатели СКФ в качестве референсных могут быть рекомендованы для доношенных и недоношенных детей, рожденных после 32 нед гестации и с массой тела при рождении более 1500 г.

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ВИТАМИНОМ D И ЕГО ВЛИЯНИЕ НА ФИЗИЧЕСКОЕ И КОГНИТИВНОЕ РАЗВИТИЕ ДЕТЕЙ

Чернобровкина М.А., Сенькевич О.А.,
Ковальский Ю.Г., Мельницкая Е.А.

Дальневосточный государственный медицинский университет Минздрава России, Хабаровск

Актуальность. Дефицит витамина D способствует росту как инфекционных, так и неинфекционных заболеваний среди детей, включая нарушения физического и когнитивного развития.

Цель: определить уровень обеспеченности витамином D и его влияние на физическое и когнитивное развитие детей 7–8 лет, проживающих в различных климатогеографических зонах Хабаровского края.

Материалы и методы. Проведено обсервационное, аналитическое, поперечное исследование с оценкой обеспеченности витамином D условно здоровых детей, проживающих в северной, центральной и южной частях Хабаровского края ($n = 90$). Количественное определение уровня 25-гидроксивитамина D (25(OH)D) в сыворотке крови проводилось методом твердофазного иммуноферментного анализа. Физическое и когнитивное развитие оценивали по стандартизованным методикам.

Результаты. Дефицит витамина D диагностировался у 50% детей Хабаровского края, при этом тяжелая степень дефицита выявлена в 13,3% случаев. Отмечено, что оптимальная обеспеченность витамином D в 2,6 раз чаще встречалась у детей-южан по сравнению со сверстниками из северной территории (43,3% против 16,7%; $p < 0,05$). При проведении корреляционного анализа с целью определения роли витамина D в физическом развитии младших школьников были выявлены умеренные обратные связи: увеличение показателей массы тела и ИМТ при снижении концентрации 25(OH)D ($r = -0,38$, $r = -0,37$ соответственно). Также установлено, что чем выше обеспеченность витамином D, тем лучше развиты произвольное внимание, логическое мышление и кратковременная память ($r = 0,43$, $r = 0,36$, $r = 0,37$ соответственно).

Выводы. Каждый второй ребенок Хабаровского края имеет дефицит витамина D, у каждого восьмого определяется тяжелая степень его дефицита. Нами обнаружен потенциальный риск снижения показателей когнитивного профиля ребенка и развития избыточной массы тела и ожирения в случае дефицита и недостаточности витамина D.

ГЛАЗОКОЖНЫЙ МЕЛАНОЗ — НЕВУС ОТА В ПРАКТИКЕ ОФТАЛЬМОЛОГА

Шавалеева А.Р.¹, Шакирова А.И.¹,
Сидоренко Е.Е.^{1,2}, Назаренко А.О.², Суханова И.В.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

²Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Невусы — пигментные опухоли, выявляемые у новорожденных с частотой 1 случай на 40 детей. Невус Ота — од-

носторонняя опухоль, располагающаяся по ходу ветвей тройничного нерва, возникающая из дермальных меланоцитов. Первичный процесс является доброкачественным, однако известны случаи малигнизации на фоне окулодермального меланоза с развитием меланомы.

Описание клинического случая. Пациент, 6 лет, обратился в Научно-практический центр с жалобами на снижение зрительных функций после зрительной нагрузки, головные боли, светобоязнь, носовые кровотечения. Из анамнеза известно, что у ребенка с рождения гиперпигментация склеры и конъюнктивы левого глаза, кожи лица слева, а также крупный пигментный невус на коже ягодичной области слева. В течение последних 2 лет отмечается увеличение площади пигментации. При осмотре также обнаружены множественные мелкоточечные беловатые очаги сыпи на коже разных участков тела. По данным обследования, у ребенка острота зрения снижена на оба глаза, гиперметропия слабой степени, астигматизм. При биомикроскопии выявлена пигментация тарзальной конъюнктивы левого глаза (OS), отложение пигмента по ребру века. При офтальмоскопии OS по краю диска зрительного нерва определялось четкое очерченное отложение пигмента. Учитывая типичную клиническую картину, пациенту был выставлен диагноз окулодермальный меланоз (невус Ота). Для повышения зрительных функций пациенту назначена оптическая коррекция. Для проведения дифференциальной диагностики назначены дополнительные исследования и консультация дерматолога.

Выводы. Для ранней диагностики и предотвращения малигнизации доброкачественных новообразований врачам любой специальности необходимо знать о проявлениях новообразований, даже таких редких, как невус Ота.

НЕЙРОФИБРОМАТОЗ I ТИПА С РАЗВИТИЕМ ГЛИОМЫ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА

Шакирова А.И.¹, Шавалеева А.Р.¹,
Сидоренко Е.Е.^{1,2}, Назаренко А.О.²,
Суханова И.В.², Мигель Д.В.²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

²Научно-практический центр специализированной помощи детям им. В.Ф. Войно-Ясенецкого Департамента здравоохранения г. Москвы, Москва

Актуальность. Нейрофиброматоз I типа — один из наиболее распространенных наследственных заболеваний нервной системы, характеризующееся развитием опухолей преимущественно эктодермального происхождения. Частота встречаемости до 1 : 4000.

Описание клинического случая. У девочки при плановом обследовании в возрасте 4 мес невролог обнаружил увеличенный размер левого глаза (OS) и направил её на консультацию к офтальмологу. Офтальмологом была заподозрена глиома зрительного нерва, в связи с чем ребенок был госпитализирован в Научно-практический центр. При поступлении родителями больной 6 мес отмечались жалобы на косоглазие, интенсивный рост глазного яблока в течение месяца, а также на неполное смыкание век OS. Известно, что у мамы пациентки нейрофиброматоз I типа. При осмотре и инструментальных обследованиях у ребенка на коже туловища и лица было выявлено более 15 разнокалиберных пятен по типу «кофе с молоком», деформация костей правой голени, частичное смыкание OS, асимметрия глазных щелей OS > OD, сходящееся косоглазие OS. Выставлен предварительный диагноз: OS новообразование глазницы неуточненное. Нейрофиброматоз I типа. Потребовались дополнительные методы обследования: двухмерное офтальмосканирование, КТ, МРТ, УЗИ глаз, консультации генетика, ортопеда, онколога. По результатам обследования больной был поставлен клинический