

диагноз: OS глиома зрительного нерва. Нейрофиброматоз I типа. Учитывая доброкачественный характер новообразования, больной рекомендовано динамическое наблюдение.

Выводы. Преемственность между специалистами и своевременное проведение комплекса дополнительных методов обследования важны в ранней диагностике и для определения тактики ведения пациентов с этой патологией.

* * *

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ЛЕЧЕНИИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

Шамраева В.В., Сергеева А.А., Аксёнова А.В.,
Дзюбан М.В., Менгилёва К.В.

Амурская государственная медицинская академия
Минздрава России, Благовещенск

Актуальность. Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным.

Цель: определить клиничко-анамнестическую характеристику детей Амурской области, находящихся на лечении с подозрением или с подтверждением COVID-19.

Материалы и методы. Проведён анализ 317 историй болезней детей, госпитализированных в Областную детскую больницу (Благовещенск) с подозрением на инфекцию SARS-CoV-2 в период с января 2020 по февраль 2021 г.

Результаты. Большая часть заболевших — дети от 3 до 18 лет (214 человек — 67,5%), городские жители (171 человек — 54%). Различий по полу не выявлено. Диагноз COVID-19 был выставлен 137 (43,2%) детям. Их них у 72 (52,6%) — лёгкое течение, у 65 (47,4%) — среднетяжёлое. Наблюдение при подозрении на COVID-19 — у 115 (36,2%). Ребёнок, рождённый от матери с новой коронавирусной инфекцией, — 65 (20,5%) человек. Сопутствующие заболевания выявлены у 35% больных. Только половина детей имели непосредственный контакт с больными родственниками. Жалобы: слабость, недомогание — у 194 (61,2%) человек, повышение температуры — у 180 (56,8%), кашель — у 151 (47,6%), слизистые выделения из носа — у 60 (18,9%), першение в горле — у 54 (17%). У 19 (6%) человек — снижение сатурации ниже 95%. Лейкоцитоз выявлен у 59 (18,6%) детей, лейкопения — у 91 (28,7%), повышение СОЭ — у 114 (35,9%), повышение С-реактивного белка — у 128 (40%). Аускультативная картина в лёгких неспецифична. В лечении использованы противовирусные и иммуномодулирующие препараты. Заболевание закончилось выздоровлением у всех больных.

Выводы. Среди заболевших детей незначительно преобладает лёгкое течение. Жалобы и данные осмотра соответствуют ОРВИ. Сатурация кислорода даже при пневмонии снижается редко. Повышение СОЭ и СРБ происходит только при реализации инфекции.

* * *

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГЕРМИНАТИВНО-КЛЕТОЧНЫХ ОПУХОЛЕЙ

Шаповалов А.В., Корнеев Д.Ю., Назаренко А.О.,
Полушкина О.Б., Постникова Т.В., Нестерова Ю.А.

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

Актуальность. Герминогенноклеточные опухоли (ГКО) происходят из плюрипотентных зародышевых клеток. ГКО интракра-

ниальной локализации составляют около 3% всех злокачественных новообразований центральной нервной системы у детей.

Описание клинического случая. Ребёнку, 11 лет, с объёмным образованием пинеальной области в связи с формированием внутренинейной окклюзионной гидроцефалии проведена эндоскопическая тривентрикулостерностомия. Учитывая возраст пациента, локализацию опухоли и повышенный уровень онкомаркёров крови: α -фетопротеин (АФП) 628,4 МЕ/мл, β -хорионический гонадотропин — 0,69 мМЕ/мл, установлен диагноз ГКО, АФП секретирующей. Выполнено микрохирургическое удаление опухоли, гистологически верифицирована незрелая тератома. МРТ после операции свидетельствует об отсутствии остатков опухоли, спинной мозг интактный, в ликворе опухолевых клеток нет. Диагноз: Незрелая тератома, АФП секретирующая, M0R0. Эндокринологический статус: повышение диуреза до 2 л/сут без изменения уровня натрия, половое развитие по Таннеру 1 — тестикулы 3 мл. Планируется химиолучевая терапия по протоколу SIOP CNS GCT 2011. Учитывая наличие онкомаркёров и типичную локализацию опухоли, можно установить диагноз ГКО без морфологической верификации, особенно в случаях сложной локализации опухоли или потенциально опасной по развитию постоперационных осложнений. Развитие парциального несахарного диабета не требует медикаментозной коррекции и носит транзиторный характер.

Выводы. У данного пациента диагностирована ГКО пинеальной области, осложнённая парциальным несахарным диабетом. Своевременно начато противоопухолевое лечение. Ранняя диагностика и мультидисциплинарный подход с участием лучевых диагностов, нейрохирургов, онкологов, радиологов, эндокринологов, офтальмологов являются важнейшими факторами благоприятного исхода. Выживаемость при ГКО составляет 80–90%.

* * *

ВЛИЯНИЕ ВСКАРМЛИВАНИЯ В РАННЕМ ВОЗРАСТЕ НА ПОСЛЕДУЮЩЕЕ ФОРМИРОВАНИЕ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ

Ширина Т.В., Ершова И.Б.

Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки, Луганск

Актуальность. «Золотой стандарт» питания детей раннего возраста — грудное молоко, обеспечивающее нормальное развитие и играющее важную роль в формировании здоровья.

Цель: установить заболеваемость детей в возрасте до 7 лет в зависимости от вида вскармливания в возрасте до 1 года (естественное, смешанное, искусственное).

Материалы и методы. Нами проанализированы данные 358 обменных карт беременных и 675 амбулаторных карт детей в возрасте от 1 до 7 лет.

Результаты. Проведённый анализ показал, что 10,6% родильниц прекращают грудное вскармливание в 1-й месяц, 12% — во 2-й, 21,4% — в 3-й. Переводятся на искусственное вскармливание в возрасте 4 мес 3,6% детей и в 5 мес — 6,5%. 21,4% матерей отказываются от кормления грудью в 6 мес, 4,5% перестают кормить ребёнка грудью в 9 мес, 3% — в 10 мес. Естественное вскармливание до 1 года получают всего 12,7% детей. Большинство (52,9%) младенцев переводится на искусственное вскармливание в период от 3 до 6 мес. Установлена положительная корреляция между ранним переводом на искусственное вскармливание и возникновением острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей с формированием в последующем группы часто болеющих детей, развитием функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта (гастроудодениты — 5,8%, дуодениты — 3,8%) и болезней крови и сердечно-сосудистой системы (анемии смешанной этиологии, аритмии, синдром вегетативной дистонии), аллер-

гопатологии. Сравнительный анализ между видом вскармливания детей на 1-м году жизни и развитием у них соматической патологии в возрасте 7 лет не выявил значимой корреляции.

Выводы. Проспективный анализ показателей состояния здоровья детей в зависимости от вида вскармливания на 1-м году жизни выявил преимущественное возникновение острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, функциональных, а также органических заболеваний желудочно-кишечного тракта и сердечно-сосудистой системы, болезней системы крови, аллергопатологии.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ КЛЕЩЕВОГО ЭНЦЕФАЛИТА У ДЕТЕЙ

Ширококупец С.В., Тимонин А.В., Строзенко Л.А.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. Сибирский федеральный округ (СФО) вносит основной вклад в формирование заболеваемости детского населения России клещевым энцефалитом (КЭ). В период с 2000 по 2020 г. доля детей до 14 лет в структуре заболеваемости КЭ в СФО составляла в среднем 14,5%, или 225 случаев ежегодно. Несмотря на доступность вакцинации и серопротекции КЭ, наличие случаев болезни среди детей определяет необходимость совершенствования системы превентивных мероприятий.

Цель: определение эффективности специфической профилактики КЭ детей различных регионов СФО.

Материалы и методы. Для анализа использованы данные служб здравоохранения и Роспотребнадзора в регионах СФО, форм статистического учёта № 5 «Сведения о профилактических прививках». Обработка данных проводилась в программе «Statistica 13.3», включая расчёт интенсивных показателей, ошибок репрезентативности, корреляций.

Результаты. В течение периода с 2000 по 2020 г. средний многолетний показатель заболеваемости КЭ среди детского населения СФО составил $6,1 \pm 1,1\text{‰}$ ($p < 0,001$). Включение в региональные календари прививок по эпидемическим показаниям вакцинации против КЭ позволило в 2000–2020 гг. обеспечить охват в объёме 72–95% подлежащего вакцинации детского населения СФО. Объём серопротекции среди детей в возрасте до 14 лет в данный период возрос с $408,1 \pm 1,22$ до $518,4 \pm 1,41\text{‰}$ ($p < 0,001$). Проведённый факторный анализ выявил наличие обратной корреляции средней силы между показателями иммунной прослойки среди детского населения и заболеваемостью КЭ ($r = -0,48$; $p < 0,001$).

Выводы. С учётом регистрации в СФО случаев КЭ среди не охваченных вакцинацией и серопротекцией детей, пострадавших от укусов клещей, для повышения эффективности специфической профилактики КЭ необходима своевременная корректировка численного состава подлежащих вакцинации групп.

СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА КЛИППЕЛЯ–ФЕЙЛЯ С БОЛЕЗНЬЮ ШПРЕНГЕЛЯ У ДЕВОЧКИ

Экажева Ш.М., Гуменюк О.И., Черненко Ю.В.

Саратовский государственный медицинский университет
им. В.И. Разумовского Минздрава России, Саратов

Актуальность. Синдром Клиппеля–Фейля (синоним: синдром короткой шеи) — редкий, генетически детерминированный порок развития шейных и верхнегрудных позвонков, характеризующийся наличием короткой и малоподвижной шеи. Синдром

короткой шеи — наследственная патология с аутосомно-доминантным типом наследования, причиной которой является нарушение развития и сегментации позвоночника с формированием синостозов грудных и шейных позвонков, уменьшением их числа, несращением тел и дуг, определяющими клиническую картину заболевания. Болезнь Шпренгеля — редкое врождённое заболевание, характеризующееся высоким стоянием лопатки. Частота составляет 0,2–1,0% среди всех пациентов с врождённой патологией опорно-двигательной системы. Болезнь Шпренгеля часто сочетается с другими аномалиями опорно-двигательного аппарата и другими системами. При данных заболеваниях применяется хирургический метод лечения, причём успешность его напрямую зависит от ранней диагностики. Редкость данной патологии является причиной поздней диагностики и обуславливает актуальность проблемы.

Описание клинического случая. Девочка, 2 года, отмечаются короткая шея, ограничение движений в шейном отделе позвоночника, наклон головы влево. Указанные изменения фиксируются с рождения. Из анамнеза жизни известно, что ребенок от 6-й беременности, протекавшей на фоне токсикоза, 3-х родов, родилась в срок путём кесарева сечения. У старшего брата — расстройство аутистического спектра. При объективном осмотре обращали на себя внимание следующие симптомы: наклон головы влево и поворот головы шеи, укорочение шеи, симметричное ограничение до 35–40° амплитуды поворотов головы в стороны, асимметричный уровень надплечий и ключиц, высокое стояние лопаток, отклонение оси позвоночника влево в грудном отделе, пальпация омовертебральных костей с 2 сторон, ограничение объёма движений в плечевых суставах до 90/20° (сгибание/разгибание). Нервно-психическое и физическое развитие соответствует возрасту. В возрасте 1,5 мес обследована в Областной клинической больнице, позже консультирована в НИИ детской травматологии и ортопедии им. Г.И. Турнера, где подтверждён диагноз: Синдром Клиппеля–Фейля. Болезнь Шпренгеля, тяжёлая двусторонняя форма. Пациентка имеет статус инвалида и в настоящее время готовится к хирургическому лечению. Описанный случай характеризуется классической симптоматикой поражения опорно-двигательного аппарата, наблюдаемой при болезни Шпренгеля и синдроме Клиппеля–Фейля. Сочетание двух заболеваний, одно из которых представлено в двусторонней форме, обуславливает тяжесть ортопедической патологии у девочки.

Выводы. Данный случай демонстрирует наличие у одного ребёнка сочетанной генетически детерминированной патологии опорно-двигательного аппарата, своевременность диагностики которой влияет на исход хирургической коррекции.

ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Юрова И.Ю., Леднева В.С.

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

Актуальность. Бронхиальная астма (БА) — распространённое хроническое заболевание дыхательной системы у детей. Отмечено, что в приступном периоде у детей повышается уровень тревожности, а в периоде ремиссии выражена астенизация. Для контролируемости БА необходима оценка психологических особенностей больных.

Цель: определить эмоциональные особенности детей, страдающих БА, в зависимости от тяжести течения заболевания.

Материалы и методы. Проводимое исследование включало 68 детей (41 мальчик и 27 девочек), страдающих БА, в возрасте от 8 до 16 лет. По тяжести течения больные были распределены на