

КЛИНИКО-АНАМНЕСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ВНЕБОЛЬНИЧНЫХ ПНЕВМОНИЙ У ДЕТЕЙ

Дорохов Н.А., Пименова Д.В., Сероклинов В.Н.,
Колесникова О.И.

Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

Актуальность. Воспалительные заболевания бронхолёгочной системы занимают одно из ведущих мест в структуре и смертности детей. Наличие воспалительного процесса при осложнённых пневмониях невозможно рассматривать изолированно, вне нарушений системы гемостаза.

Цель: установить предрасполагающие преморбидные факторы у детей с осложнёнными внебольничными пневмониями и их влияние на тяжесть течения заболевания, выявить нарушения системы гемостаза при внебольничных пневмониях у детей.

Материалы и методы. Обследован 161 ребёнок (85 мальчиков и 76 девочек) с внебольничными пневмониями в возрасте от 6 мес до 17 лет (в среднем $3,90 \pm 0,62$ года). Диагноз неосложнённой пневмонии был установлен у 61 ребёнка, осложнённой пневмонии — у 100 больных. Эти пациенты составили две основные группы больных, у которых были изучены данные анамнеза и состояние системы гемостаза.

Результаты. Установлено, что осложнёнными пневмониями чаще болеют дети со сниженным иммунитетом, низким социальным статусом, от матерей, которые имели экстрагенитальную патологию или патологию беременности. Течение осложнённых пневмоний у детей характеризовалось состоянием опасной для жизни высокой тромботической готовности, которое обусловлено формированием у больных гиперкоагуляционного или гипоконцентрационного синдромов (по изменению активированного частичного тромбопластинового времени, которое определяет время образования сгустка крови и необходимо для контроля за процессом свёртывания (общим и внутренним) и в комплексе с протромбиновым временем является важным диагностическим показателем), наличием тромбинемии (по изменению содержания растворимых фибрин-мономерных комплексов и D-димера) с нарушениями кинетики конечного этапа свёртывания крови и угнетением Хагеман-зависимого фибринолиза, который представляет собой внутренний механизм активации фибринолиза.

Выводы. Наличие у детей предрасполагающих социальных и преморбидных факторов способствует тяжёлому течению внебольничной пневмонии с развитием лёгочно-плевральных осложнений. Течение осложнённых пневмоний у детей характеризуется состоянием высокой тромботической готовности, опасной для жизни больных.

ПРИЧИНЫ СМЕРТИ ГЛУБОКО НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ

Дюмин И.И., Балакирева Е.А., Синецкая Д.В.

Белгородский государственный национальный
исследовательский университет, Белгород

Актуальность. Основными причинами смертности новорождённых считаются генерализованные внутриутробные инфекции (ВУИ) вирусной и бактериальной природы и асфиксия в родах. Дети, родившиеся с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), умирают в 25–30 раз чаще, чем дети с нормальной массой тела, и составляют до 65% от числа умерших на 1-м году жизни.

Цель: провести медико-статистический анализ причин смерти детей с ЭНМТ при рождении по данным патологоанатомических заключений.

Материалы и методы. Проведён анализ динамики и структуры причин неонатальной смертности 128 детей с ЭНМТ при рождении по данным патологоанатомических протоколов за 2014–2020 гг.

Результаты. В исследуемой группе основной причиной смерти являлись внутриутробные инфекционно-воспалительные заболевания (сепсис, перитонит, пневмония и др.) — 61,7% (79 пациентов). Первичные посевы из 5 биотопов у 48,4% (62 пациента) показали преобладание бактериальной флоры, в основном грамположительной и сочетанной. Второе место среди основных причин смерти заняли внутрижелудочковые кровоизлияния — 21,9% (28 пациентов), третье — неинфекционное поражение дыхательной системы (респираторный дистресс-синдром и бронхолёгочная дисплазия) — 10,8% (14 пациентов), сопровождавшиеся дыхательной недостаточностью 3 степени. В отдельных случаях причиной смерти являлись некротический энтероколит — 3,2% (4 больных), врождённые пороки развития, несовместимые с жизнью, — 1,6% (2 пациента), неиммунная идиопатическая водянка плода — 0,8% (1 пациент). При этом в 100% случаев (128 детей) в истории заболевания присутствовало указание на ВУИ.

Выводы. Несмотря на то, что основной причиной смерти недоношенных детей с ЭНМТ могут быть как инфекционно-воспалительные, так и неинфекционные заболевания, указание на ВУИ присутствует в 100% случаев, что следует учитывать при прегравидарной подготовке, профилактике недоношенности и ведении детей с ЭНМТ при рождении.

АНАЛИЗ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДЕТЕЙ, ОБСЛЕДОВАННЫХ В ЦЕНТРЕ ЗДОРОВЬЯ

Елизарьева Л.А.¹, Строзенко Л.А.¹,
Лобанов Ю.Ф.¹, Галактионова М.Ю.²

¹Алтайский государственный медицинский университет
Минздрава России, Барнаул

²Красноярский государственный медицинский университет
им. профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава
России, Красноярск.

Актуальность. Определение качества жизни (КЖ) детей является надёжным и эффективным способом оценки состояния ребёнка, который дополняет данные клинического, лабораторного и инструментального обследования и позволяет получить комплексную информацию о его физическом, психологическом и социальном функционировании.

Цель: провести сравнительный анализ КЖ детей с факторами тромбогенного риска и без них при обследовании в Центре здоровья и спустя 6 мес.

Материалы и методы. Обследовано 396 детей на базе «Центра здоровья для детей» (ЦЗ) г. Барнаула, из них 169 (42,9%) мальчиков и 226 (57,1%) девочек. Средний возраст составил $15,2 \pm 2,3$ года. Для анализа КЖ использовали опросник PedsQLTM для детей в возрасте 13–18 лет. Оценивали показатели физического (ФФ), социального (СФ) и эмоционального функционирования (ЭФ), а также жизни в школе (ЖШ). Даны соответствующие рекомендации по режиму, питанию, соблюдению здорового образа жизни, профилактическому лечению.

Результаты. У детей с факторами тромбогенного риска установлено значимое ($p < 0,05$) увеличение показателей ЭФ (от 62 до 75 баллов) и в меньшей степени — ФФ (от 80 до 84 баллов) и ЖШ (61–74 баллов). Не выявлено улучшения показателя СФ. У детей группы сравнения показатели ФФ не изменялись (85 и 85 баллов), незначительно улучшилось ЭФ (от 70 до 73 баллов), существенно не различались показатели ЖШ после лечения от 72 до 74 баллов ($p > 0,05$). При этом показатели СФ также практи-

чески не изменялись: 83 балла — до обследования в ЦЗ и 84 — спустя 6 мес.

Выводы. Анализ КЖ детей с факторами тромбогенного риска и детей группы сравнения показал, что в референсной группе детей значимых различий показателей КЖ до обследования в ЦЗ и спустя 6 мес не наблюдалось. А в группе детей с факторами тромбогенного риска было выявлено значимое улучшение показателей ЭФ и ЖШ, в то время как показатели ФФ и СФ существенно не изменились.

СИНДРОМ КРУЗОНА У МАЛЬЧИКА 16 ЛЕТ

Ерёмичева Г.Г., Станбекова Р.К., Серикова Г. Ж.,
Хан Д.В.

Медицинский университет Караганды, Областная детская
клиническая больница, Караганда, Казахстан

Актуальность. Синдром Крузона (черепно-лицевой дизостоз) — редкая генетическая аномалия, характеризующаяся различными деформациями черепа: гипертелоризмом, экзофтальмом, гипоплазией средней части лица с незначительным нижнечелюстным прагматизмом и преждевременным синостозированием черепа. Частота встречаемости — 1 : 10 000 детей.

Описание клинического случая. Ребёнок А., 16 лет с жалобами на головные боли, эмоциональное возбуждение, слабость, неприятные ощущения в области глазных яблок, дрожание век, экзофтальм, изменения в анализах гормонов щитовидной железы. Мальчик от 3-й беременности, 3-х самостоятельных родов в сроке 42 нед. Беременность протекала физиологически. На грудном вскармливании до 1 года. Привит по возрасту. Перенесённые заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, бронхит. У мамы диффузно-токсический зоб, артериальная гипертензия. Состояние при поступлении средней тяжести, обусловленное деформацией костной системы. Костно-суставная система с визуальной деформацией: череп брахицефалической формы, кости лицевого черепа изменены. Отмечается укорочение глазницы и верхней челюсти, выраженная прогения, низкое расположение ушей, большой выступающий язык, недостаточное смыкание челюстей, высокое нёбо, неполное смыкание зубов. Грудная клетка цилиндрической формы, отмечается кифосколиоз. Внутренние органы без патологии. Нейроэндокринный статус: возраст — 16 лет, рост — 175 см, масса тела — 49 кг. Физическое развитие среднее. Дефицит массы тела. Щитовидная железа не увеличена, плотнoэластичная, безболезненная при пальпации. Половое развитие по возрасту. Наружные гениталии сформированы правильно по мужскому типу, яички в мошонке. Глазные симптомы: симптом Дальримпля (+), Штельвага (+), Мебиуса (+), экзофтальм 2–3 степени. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Содержание гормонов в крови: ФСГ — 6,2 мМЕ/мл; ЛГ — 8,7 мМЕ/мл; пролактин — 1736 мМЕ/мл; кортизол — 36 нмоль/л; адренокортикотропный гормон — 334,0 пг/мл; пролактин — 17,47; макропролактин — 75,79%; ИФР-1 — 541 нг/мл; ТТГ — 5,7 мМЕ/мл; T_4 — 10,92 пмоль/л; T_3 — 0,83 пмоль/л; а-ТПО — 0 ЕД/мл; витамин D — 27,05 нг/мл. При рентгенографии черепа — картина черепно-лицевого дизостоза с признаками внутричерепной гипертензии. Рентгенография кисти и лучезапястного сустава — костный возраст соответствует 13,5 года. По заключению офтальмолога — ангиопатия сетчатки, экзофтальм 2–3 степени. По данным сурдолога — правосторонняя кондуктивная тугоухость 1–2 степени справа. По заключению невролога — синдром Крузона. Учитывая наличие внешних проявлений со стороны лицевого скелета, в условиях стационара ребёнку проведено обследование костной системы, где был выявлен фенотип синдромального краниостеноза, который характерен для синдрома Крузона.

Выводы. Выявленные в процессе обследования ребёнка патологические проявления характерны для синдрома Крузона. Коррекция лечения, в том числе эндокринной патологии у ребёнка будет проводиться после полного обследования, данных осмотров генетика, нейрохирурга, невропатолога. Синдром Крузона — заболевание, требующее функциональной и косметической коррекции. Данному ребёнку показано хирургическое вмешательство, направленное на восстановление формы черепа и устранение синостозов.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ШКОЛЬНИКОВ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ершова И.Б., Глушко Ю.В.

Луганский государственный медицинский университет
им. Святителя Луки, Луганск

Актуальность. Течение различных форм хронической соматической патологии у детей может оказывать существенное влияние на обменные процессы в растущем организме, способствовать формированию нутритивной недостаточности и сказываться на физическом развитии.

Цель: провести анализ физического развития школьников, имеющих хронические заболевания органов дыхания, пищеварения и кровообращения.

Материалы и методы. Проведена оценка физического развития 127 учащихся 1–5-х классов с хроническими формами соматической патологии в соответствии с параметрами, предложенными ВОЗ (2006). Из них у 54 детей были диагностированы различные формы хронической патологии органов дыхания, у 41 ребёнка выявлены хронические болезни органов пищеварения и у 32 детей — хронические формы патологии органов кровообращения. Референтную группу составили 89 условно здоровых детей того же возраста. Все полученные данные обработаны статистически, значимость различий определяли с помощью критерия Пирсона (χ^2).

Результаты. Мальчики с хронической патологией лёгких в 34,4% случаев имели отклонения массы тела (МТ) более чем на 1σ в сторону снижения, остальные значения — в диапазоне Z-критерия от +1 до +3. Значения роста в 18,7% случаев находились в отрицательном диапазоне. Индекс массы тела (ИМТ) составил $16,6 \pm 1,3$ кг/м², что меньше в сопоставлении с группой здоровых мальчиков ($p \leq 0,05$). Девочки с такими же формами патологии органов дыхания в 59,1% случаев имели избыточный вес, у 40,9% МТ находилась в пределах средних значений. Снижение ростовых показателей (от 1 до 3σ) регистрировалось в 36,4% случаев. Анализ массо-ростовых показателей детей с хроническими болезнями органов пищеварения выявил отклонения в сторону отрицательных значений по МТ, как у мальчиков (70,8%), так и у девочек (58,8%). ИМТ у мальчиков составил $15,3 \pm 1,3$ кг/м², а у девочек — $14,9 \pm 1,3$ кг/м², что существенно меньше по сравнению со здоровыми детьми. Аналогичная отрицательная динамика массо-ростовых параметров была установлена у детей с хроническими болезнями органов кровообращения.

Выводы. Хронические формы патологии органов дыхания, пищеварения и кровообращения системы у детей оказывают выраженное негативное влияние на их физическое развитие, что определяет необходимость постоянного индивидуального наблюдения и своевременной коррекции питания как на стационарном, так и на амбулаторном этапе.
