

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, плотностягивающаяся, 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.
