

УДК 616-002.17-002.191-052.2

МУКОВИСЦИДОЗ У ДЕТЕЙ

Никитина А. В.

Научный руководитель: ассистент И. В. Беломытцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Муковисцидоз (МВ), или кистозный фиброз — наследственное аутосомно-рецессивное заболевание, характеризующееся поражением экзокринных желез с образованием секрета повышенной вязкости, вызывающего обструкцию выводных протоков, с развитием вторичных прогрессирующих изменений (функциональная недостаточность, фиброз) органов, прежде всего легких, поджелудочной железы, печени, кишечника [1, 2]. Клинически заболевание проявляется хроническим и прогрессирующим поражением дыхательных путей, экзокринной недостаточностью поджелудочной железы, нарушениями работы желудочно-кишечного тракта и печени, а также снижением репродуктивной функции у больных и рядом других проявлений [3].

Цель

Проанализировать структуру и клинико-лабораторные особенности муковисцидоза у детей.

Материал и методы исследования

Было проведено ретроспективное исследование 28 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в педиатрическом отделении № 3 У «Гомельская областная детская клиническая больница» в период с января 2020 по декабрь 2021 гг. Статистическая обработка данных проводилась с помощью компьютерной программы «Microsoft Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

На госпитализацию в стационар поступило 3 ребенка в возрасте с 4 до 6 лет (девочки — 10,71 %, мальчики — 28,57 %), 10 детей поступили в возрасте с 7 до 10 лет (девочки — 7,14 %), 15 детей — с 11 до 16 лет (девочки — 28,57 %, мальчики — 25 %).

В плановом порядке на госпитализацию был направлен 21 (75 %) ребенок, в экстренном — 7 (25 %) детей. Городских жителей было 15 (53,57 %) детей от общего числа госпитализированных, сельских — 13 (46,43 %). Состояние средней степени тяжести при поступлении было у 25 (89,29 %) детей, тяжелое — у 3 (10,71 %).

Физическое развитие детей, поступивших в отделение за исследуемый период с диагнозом МВ, представлено в таблице 1.

Таблица 1 — Физическое развитие детей с диагнозом МВ

Физическое развитие детей	Количество в %
Среднее гармоничное	9 (32,14 %)
Низкое. Резко дисгармоничное	3 (10,71 %)
Среднее дисгармоничное	3 (10,71 %)
Резко дисгармоничное	2 (7,14 %)
Ниже среднего. Дисгармоничное	2 (7,14 %)
Резко дисгармоничное. Задержка роста	2 (7,14 %)
Очень низкое. Задержка роста	2 (7,14 %)
Очень высокое. Дисгармоничное	1 (3,57 %)
Очень низкое. Дисгармоничное	1 (3,57 %)
Высокое дисгармоничное	1 (3,57 %)
Низкое гармоничное	1 (3,57 %)
Низкое дисгармоничное	1 (3,57 %)

При поступлении 27 (96,43 %) детей предъявляли жалобы на кашель: кашель с трудноотделяемой мокротой был у 17 (62,96 %) детей, малопродуктивный кашель — у 8 (29,63 %), на редкий «сухой» кашель жаловались 2 (7,4 %) пациентов. На периодические боли в животе и одышку при физической нагрузке предъявляли жалобы 3 (10,71 %) ребенка. Высыпания на коже и зуд, а также охриплость голоса и отрывку отметили 2 (7,14 %) ребенка. Единично дети предъявляли жалобы на дневное недержание мочи при смехе, периодическую стеаторею, повышение температуры тела до 38,8 °С, вздутие живота, изжогу и боль в голеностопных суставах.

Аллергологический анамнез был отягощен у 14 (50 %) пациентов. Лекарственными аллергенами в данном случае явились: сиропы, имипенем, ципрофлоксацин, иммуноглобулин, красавка, фликоназе. Среди пищевых аллергенов были: говядина, молоко, желейные конфеты, арахис, цитрусовые, грецкий орех. Среди респираторных и контактных аллергенов: береза, дуб, орех, плесневые грибы, шерсть собаки, перо, домашняя пыль. Наследственный анамнез был отягощен у 1 (3,57 %) ребенка — у отца выявлен муковисцидоз. Среди перенесенных заболеваний у детей преобладали ОРВИ (у 96,43 % поступивших), ветряная оспа (у 71,43 % детей), пневмония и бронхиты (у 60,71 % госпитализированных). Туберкулезное инфицирование и выпадение прямой кишки перенес 1 ребенок.

Из сопутствующих патологий чаще встречались: аномальные хорды левого желудочка — у 17 детей (60,71%), хронический неатрофический антральный гастрит — у 13 (46,43% детей), нарушение ритма сердца — у 9 (32,14%), дисбактериоз кишечника — у 6 детей (21,43%), ОРВИ и латентный дефицит железа — у 5 (17,86%), дуоденогастральный рефлюкс — у 4 пациентов (14,29%).

Изменения со стороны костно-мышечной и суставной системы в виде «бараньих палочек» и «часовых стекол» отмечались у 21 (75%) ребенка, в виде только «часовых стекол» — у 2 (7,14 %) пациентов. Бочкообразная грудная клетка выявлена у 7 (25 %) детей, у остальных форма грудной клетки не изменена. Нарушение стула в виде периодической стеатореи выявлено у 10 (35,71 %) пациентов, склонность к запорам и кашицеобразный стул у 2 (7,14 %) детей соответственно.

Согласно заключению УЗИ органов брюшной полости, диффузные изменения поджелудочной железы и печени выявлены у 19 (67,86 %) и 13 (46,43 %) пациентов соответственно. Гепатомегалия выявлена у 6 (21,43 %) детей. При проведении УЗИ сердца аномальные хорды левого желудочка выявлены у 16 (57,14 %) детей. Регургитация на трикуспидальном клапане 1 степени — у 10 (35,71 %) детей, а на клапане легочной артерии — у 1 (32,14 %) ребенка.

По результатам анализа лабораторных данных оказалось, что в общем анализе крови преобладал лимфоцитоз у 21 (75 %) ребенка (достигал 60 %), сегментоядерная нейтропения — у 14 (50 %) детей (до 30 %). Повышенный уровень гемоглобина выявлен у 9 (32,14 %) детей (до 165 г/л), у 6 (21,43 %) детей уровень эритроцитов достигал $5,19 \times 10^{12}/л$, у 4 (14,29 %) детей лейкоцитоз достигал уровня $12,1 \times 10^9/л$. Повышение СОЭ (до 23 мм/ч), отмечалось только у 2 (7,14 %) детей. Единично отмечались повышение уровня эозинофилов (до 6 %), моноцитоз (до $12,4 \times 10^9/л$), тромбоцитопения (до $84 \times 10^9/л$), тромбоцитоз (до $464 \times 10^9/л$). В биохимическом анализе крови у 11 (39,29 %) повышена щелочная фосфатаза (до 542,1 Ед/л), у 7 (25 %) детей снижено содержание железа в сыворотке крови (до 4,4 ммоль/л). Изменения во фракциях белка выявлены у 7 (25 %) детей, при нормальном показателе уровня общего белка, данные представлены в таблице 2.

Единично были повышены аспартатаминотрансфераза (до 386 Ед/л), аланинаминотрансфераза (до 362 Ед/л), лактатдегидрогеназа (480,2 Ед/л).

Согласно результатам капрограммы, у 18 (64,29 %) детей выявлены мышечные волокна (до ++++), у 15 (53,57 %) детей крахмальные зерна (до ++), у 14

(50 %) детей непереваренная (до 3–5 в поле зрения) и переваренная (до 8–10 в поле зрения) клетчатка. Единично были обнаружены эпителий (1–2) и мыла (2–4).

Таблица 2 — Изменения во фракциях белка у детей с МВ

Наименование фракции	Показатель, %	Количество детей
Альбумины	49,51	2 (7,14 %)
Альфа-1-глобулины	6,33	2 (7,14 %)
Альфа-2-глобулины	12,38	1 (3,57 %)
Бета-1-глобулины	10,87	2 (7,14 %)
Бета-2-глобулины	6,93	2 (7,14 %)
Гамма-глобулины	23,19	3 (10,71 %)

Выводы

1. Среди поступивших преобладали дети в возрасте от 11 до 16 лет.
2. Большинство детей были направлены на лечение планово
3. Преимущественно при поступлении дети были в состоянии средней степени тяжести.
4. Большинство детей имеют дисгармоническое физическое развитие.
5. Основной жалобой при поступлении являлся кашель.
6. Аллергологический анамнез отягощен у половины детей, наследственный по муковисцидозу — у 1 ребенка.
7. В анамнезе перенесенных заболеваний у детей превалируют ОРВИ, ветряная оспа, пневмония и бронхиты.
8. Наиболее часто встречающейся сопутствующей патологией являлись аномальные ложные хорды левого желудочка.
9. В общем анализе крови преобладал лимфоцитоз и сегментоядерная нейтропения.
10. По результатам копрологического исследования обнаружены мышечные волокна, крахмальные зерна, непереваренная и переваренная клетчатка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Муковисцидоз как социально-экономическая проблема / А. С. Колбин [и др.] // Качественная клиническая практика. 2020. № 5. С. 38–49.
2. Шостаковская, А. С. Муковисцидоз в современной педиатрической практике / А. С. Шостаковская, М. О. Жабуря // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet». 2020. № 12. С. 1809–1820.
3. Клинико-генетическая характеристика больных муковисцидозом с впервые описанным патогенным вариантом CFTR с.1083G> A (p.Trp361*) и функциональной оценкой работы хлорного канала / Е. И. Кондратьева [и др.] // Медицинская генетика. 2019. № 9. С. 9–18.

УДК 616-053.2:577.161.2(476.2-25)

ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ Г. ГОМЕЛЯ ВИТАМИНОМ D В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД

Новик Т. Д.

Научный руководитель: к.м.н., доцент А. А. Козловский

**Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

В последние годы все более актуальной становится проблема дефицита витамина D среди детского и взрослого населения всего мира. Это обусловлено тем, что витамин D участвует в регуляции важнейших физиологических функций организма и его дефицит с широким спектром биологических эффектов не только способствует развитию рахита, остеопороза, остеомалации, но в значительной степе-