

**Заключение:** Применение Дупилумаба в лечении ЭоЭ продемонстрировало эффективность в представленном клиническом случае, подтвержденную эндоскопической и гистологической картиной. Наблюдение демонстрирует эффективность Дупилумаба в лечении рефрактерной формы ЭоЭ у пациента с ранним дебютом заболевания, сопутствующей бронхиальной астмой, низкой приверженностью к соблюдению элиминационной диеты, отсутствием эффекта от терапии ИПП, развитием рецидива заболевания на фоне поддерживающей терапии топическими кортикостероидами, развитием осложнения в виде надрыва слизистой пищевода. Внедрение биологической терапии позволяет создавать более персонализированные подходы к лечению ЭоЭ, а также способствует значительному улучшению качества жизни больных.

## **ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА ДЫХАТЕЛЬНОЙ И СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПАЦИЕНТА С ВОРОНКООБРАЗНОЙ ДЕФОРМАЦИЕЙ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

*Моторенко<sup>1</sup> Н. В., Титова<sup>2</sup> Н. Д.*

1-Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь  
2-Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения Белорусского государственного медицинского университета, Минск, Беларусь  
*nmotorenko31@mail.ru*

**Актуальность.** Воронкообразная деформация грудной клетки (ВДГК) — наиболее распространённый порок развития передней грудной стенки, представляющий собой западение грудины с вовлечением грудино - рёберных хрящей и рёбер. Деформация грудины и рёбер, высокое стояние диафрагмы обуславливают уменьшение объёма грудной полости, снижение дыхательной поверхности лёгких, смещение и деформацию крупных сосудистых стволов, трахеи, бронхов. Всё это приводит к гипертензии в малом круге кровообращения, хронической гипоксии, нарушению диастолического наполнения полостей сердца, прежде всего правого желудочка. Смещение и ротация сердца вызывают перекручивание легочной артерии и соответственно сужение её просвета. Степень деформации влияет на функциональные изменения со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем.

**Цель исследования:** Анализ функциональных нарушений дыхательной и сердечно-сосудистой системы у пациента с ВДГК до и после оперативного лечения.

**Материалы и методы:** Описан клинический случай ВДГК III степени у пациента. Проводились инструментальные исследования (мультиспиральная компьютерная томография органов грудной клетки, электрокардиография, эхокардиография, исследование функции внешнего дыхания).

**Результаты:** Пациент А. 16 лет поступил в травматолого-ортопедическое отделение с жалобами на выраженный косметический дефект, одышку при незначительной физической нагрузке, боли за грудиной при физической нагрузке, повышенную утомляемость, частые респираторные заболевания с затяжным кашлем. При поступлении в стационар проведено обследование: мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) грудной клетки — заключение: Воронкообразная деформации грудной клетки III степени (классический тип IIA3 «Grand Canyon» по Парку), индекс Халлера (Haller) — 7,5, глубина западения 5.1 см. Компрессия правых отделов сердца, смещение органов средостения влево. Исследование функции внешнего дыхания выявило снижение основных показателей, за счёт сдавления лёгких деформированной грудиной и рёбрами. Жизненная ёмкость лёгких (ЖЕЛ) — 70%, объём форсированного выдоха за 1 секунду (ОФВ1) — 67%, индекс Тиффно (ИТ) — 76%. На электрокардиограмме: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 104 в минуту (тахикардия). Неполная блокада правой ножки пучка Гиса. По данным эхокардиографии имелся пролапс митрального клапана I степени, регургитация на трикуспидальном клапане I степени и клапане легочной артерии I степени. Отклонение верхушки сердца кзади. В связи с анатомической особенностью и выраженной протяжённостью деформации грудной клетки была выполнена торакопластика по D. Nuss двумя пластинами с торакоскопической видеоассистенцией. В результате операции достигли полной коррекции деформации, восстановили форму грудной клетки. Повторно данный пациент госпитализирован через один год, после оперативного лечения. Пациента полностью устраивал косметический результат операции. При проведении контрольного МСКТ исследования грудной клетки выявлено удовлетворительное стояние пластин, отсутствие компрессии органов грудной клетки. Индекс Халлера уменьшился до 2,8. При исследовании внешнего дыхания параметры спирографии улучшились: ЖЕЛ увеличилась на 8%, ОФВ1 на 10%, ИТ на 6%. На электрокардиограмме: ритм синусовый, частота сердечных сокращений 80 в минуту. По данным эхокардиографии не зафиксировано отклонений верхушки сердца, регургитаций на трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии, нет признаков пролапса митрального клапана.

**Заключение:** Таким образом, функциональные расстройства в работе органов дыхания и сердечно – сосудистой системы, обусловленные деформацией и компрессией органов грудной клетки, корригируются при восстановлении анатомической формы грудной клетки.

## **СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА МАССО-РОСТОВЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ, ЗАНИМАВШИХСЯ ФУТБОЛОМ, ВОЛЕЙБОЛОМ, БАСКЕТБОЛОМ И ДЕТЕЙ, НЕ ЗАНИМАВШИХСЯ СПОРТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ**

*Николаенко А. И., Глущенко В. А., Удовенко А. А.*

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Смоленский государственный медицинский университет" Министерства Здравоохранения Российской Федерации, г. Смоленск, Россия  
*Nastyanikolaenko180@gmail.com*

**Цель.** Выявить особенности масса-ростовых показателей у детей, занимавшихся футболом, волейболом и баскетболом.

**Материалы и методы.** В исследовании принимали участие 300 детей в возрасте 10-12 лет, которых разделили на три группы в зависимости от вида спорта: футбол, волейбол и баскетбол. Количество детей в каждой группе составило – 100. Сбор материала проводился путём выкопировки первичной информации из истории развития ребенка (форма 112/у) и медицинской спортивной карты.

**Результаты.** Анализ полученных данных показал, что футболисты уже на первом году спортивной деятельности имели более низкие антропометрические данные, чем волейболисты и баскетболисты, но более высокие показатели, чем дети, которые не занимались спортом. Дети, занимавшиеся футболом, имели в этом возрасте массу тела на 12,3 кг меньше, чем волейболисты, на 4,1 кг меньше, чем баскетболисты, но на 1,5 кг больше, чем дети, не занимавшиеся спортивной деятельностью, масса тела которых не превышала 35,7 кг. На втором году занятия спортом футболисты имели массу тела 37,7 кг, что на 0,5 кг больше, чем на первом году, но на 11,5 кг меньше, чем волейболисты и на 9,6 кг меньше, чем баскетболисты, масса тела которых составляла 49,9 кг и 47,3 кг, при этом на 0,9 кг больше, чем дети, которые не занимались спортом, их масса тела не превышала 36,8 кг. На третьем году спортивной деятельности прирост массы тела у футболистов составил 5,0 кг, у волейболистов 0,1кг, у баскетболистов 1,8 кг, у детей, не занимавшихся спортом 7,1 кг. Обращало на себя внимание, что дети, занимавшиеся футболом,