

НУТРИТИВНЫЙ СТАТУС ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Евдокимова А.Д.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Гайнетдинова Д.Д.
Кафедра неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики
Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: в настоящее время нарушения нутритивного статуса все чаще возникают вследствие тяжелых хронических заболеваний. Существуют публикации, отражающие значимость этой проблемы, поскольку нарушения нутритивного статуса у детей с ДЦП существенно снижают эффективность реабилитационных мероприятий [1,2].

Цели исследования: изучить особенности нарушений нутритивного статуса у детей с ДЦП, их связь с длительностью течения заболевания

Материалы и методы: проведено обследование 54 пациентов в возрасте от 1 года до 17 лет, находящихся на реабилитации в Детской республиканской клинической больнице МЗ РТ с 2016 по 2018 год с различными формами ДЦП. Исследование включило неврологический осмотр, оценку психомоторного развития.

Результаты: 16 (29%) обследованных детей имеют массу тела, соответствующую возрастным нормам, 15 (28%) — дефицит массы тела легкой степени, 8 (15%) — дефицитом массы тела средней степени тяжести, 9 (17%) пациентов с тяжелым дефицитом массы тела. У 6 (11%) детей была выявлена избыточная масса тела. Установлено, чем выше уровень двигательных расстройств по шкале GMFCS, тем более выражены нарушения нутритивного статуса. Так же была выявлена взаимосвязь между длительностью заболевания и степенью белково-энергетической недостаточности. У детей с I, II, III уровнем по шкале GMFCS корреляционная связь между длительностью заболевания и степенью выраженности нарушений нутритивного статуса прямая средней силы (0,69 при $p < 0,01$), при IV, V — прямая сильная связь (0,753 при $p < 0,01$).

Выводы: детский церебральный паралич часто сопровождается нарушениями нутритивного статуса пациентов. Выраженность нарушений нутритивного статуса находится в зависимости от уровня двигательных расстройств, длительности течения заболевания.

Литература

1. Ситникова Е.П., Леонтьев Е.А., Сафонова Н.Г. Влияние уровня двигательных возможностей на развитие нутритивных нарушений у детей с ДЦП // Международный научно-исследовательский журнал. 2016. Т. 6. № 5 (48). С. 69–71.
2. Камалова А.А., Рахмаева Р.Ф. Особенности оценки нутритивного статуса у детей с детским церебральным параличом // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. Т. 63. № 5. С. 212–216.

ОСОБЕННОСТИ ВНЕБОЛЬНИЧНОЙ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНОГО ВОЗРАСТА

Э.Ф. Евтешина, М.Д. Евтешин, А.И. Самигуллина

Научный руководитель: к. м. н., доц. М.Н. Канкасова
Кафедра детских инфекций
Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность исследования: В настоящее время болезни органов дыхания продолжают занимать одно из ведущих мест в структуре заболеваемости и смертности. Внебольничная пневмония является одним из частых инфекционных заболеваний нижних дыхательных путей у детей.

Цели исследования: Выявить клинико-лабораторные особенности пневмонии у детей дошкольного и школьного возраста

Материалы и методы: Ретроспективный анализ 311 историй болезни детей с внебольничной пневмонией, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном отделении, изучение особенностей клинической картины и лабораторных данных у двух групп детей дошкольного (156 детей) и школьного возраста (155 человек).

Результаты: В результате проведенного исследования выявлено позднее обращение на госпитализацию детей дошкольного возраста в среднем на 4 сутки от начала заболевания, школьного — на 7 сутки. Среди морфологических форм преобладала очаговая у детей дошкольного возраста в 102 случаях (65%), школьного — 128 (83%). Локальная симптоматика выявлена в 140 случаев (90%) у младшей группы, у старшей группы — 149 (96%). Признаки бронхообструктивного синдрома выявлены у 75 детей, из них лишь у 3 (4%) детей школьного, у 72 (96%) детей дошкольного возраста, что косвенно свидетельствует об атипичной этиологии пневмонии у этой категории. При анализе гемограммы у 200 (64%) больных воспалительная реакция крови характеризовалась ускорением СОЭ и сдвигом формулы влево без выраженного лейкоцитоза. Лейкоцитоз отмечен только в 111 (36%) случаях, из них 102 (92%) у детей дошкольного возраста, 9 (8%) — школьного возраста.

Выводы: Клинико-лабораторные симптомы течения пневмонии ярче выражены у детей дошкольного возраста, что связано с анатомо-физиологическими особенностями органов дыхания и незрелостью иммунной системы детей в возрасте от 0 до 6 лет включительно. Позднее поступление в стационар в среднем через 7 дней, с длительно сохраняющейся лихорадкой до госпитализации свидетельствует об отсутствии настороженности в ведении детей школьного возраста на догоспитальном этапе.

Литература

1. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации. Москва: Оригинал-макет, 2015. 64 с.

СТРУКТУРА ШЕЙНОГО ЛИМФАДЕНИТА У ДЕТЕЙ

Егорова А.А., Хаертынова А.Х.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Малиновская Ю.В., Поспелов М.С.

Кафедра госпитальной педиатрии

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: лимфаденит шейной области у детей одна из частых причин обращения за медицинской помощью. Вторичное поражение лимфатического узла, вследствие бактериальной или вирусной инфекции встречается чаще, чем первичное. Таким образом, стоит разобраться в причинах лимфаденита и маршрутизации ребенка.

Цели исследования: определить ведение детей с шейным лимфаденитом с учетом возрастных особенностей и причин.

Материалы и методы: в проведенном исследовании на базе ГАУЗ «ДРКБ» МЗ РТ проанализирована 31 история болезни: 19 мальчиков, 12 девочек. 21 — «Переднейшейный лимфаденит в стадии инфильтрации», 4 — «Подчелюстной лимфаденит в стадии инфильтрации», 3 — «Гнойный шейный лимфаденит», 1 — «Гнойный подчелюстной лимфаденит».

Результаты: жалобы при обращении: лихорадка, пальпируемое болезненное образование. У 2 (6,4%) детей в анамнезе травма шейной области, у 7 (22,5%) лимфаденит после ОРВИ, у 7 (22,5%) лимфаденит присоединился к текущей ОРВИ, у 15 (48,3%) этиология не установлена. 13 детей (41,9%) самообращение в приемный покой ДРКБ, 3 из них на 1-й день болезни. 9 (29%) переведены из ЦРБ/ДГКБ № 7 на 1–2 день. 5 (16,1%) переведены из инфекционной больницы. 9 (29%) пациентов до госпитализации в ХО2 получали антибактериальную терапию. Всем детям проведены профилактические прививки по календарю. Антибактериальная терапия в стационаре 30 детям (96,7%) проводилась на 1 день госпитализации, одному ребенку (3,2%) на 3-й день. 4 детям на 3–5 день проводилась пункция и дренирование лимфатического узла, показаниями служило: повторный подъем температура, ухудшение состояние, при-