АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ МИКРОСОСУДИСТЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ I ТИПА

Кузнецова У.Е., Фильчагина О.С

Научный руководитель: к. м. н., доцент Паршина Н.В.
Кафедра факультетской педиатрии
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: сахарный диабет является одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем современного общества. Отмечается постоянный рост заболеваемости, в том числе у детей и подростков, характеризующийся пожизненным течением, развитием осложнений, приводящих к ранней инвалидизации.

Цели исследования анализ структуры микрососудистых осложнений у детей и подростков с СД1 типа и факторов, влияющих на их формирование.:

Материалы и методы: проведен анализ 46 историй болезней детей с СД1 типа возрастом от 3 до 17 лет. Длительность заболевания составляла от 6 месяцев до 14 лет. Учитывали уровень HbA1c (гликированного гемоглобина), анализ мочи на микроальбуминурию, результаты осмотра офтальмолога (глазное дно) и невропатолога.

Результаты: выявлено, что у 34 детей (74%) HbA1c выше 7,5%, чаще у детей подросткового возраста, что соответствует недостаточной компенсации СД [1]. У 18 детей (36%) из 46 выявлены микрососудистые осложнения. У 14 (46,6%) диагностирована диабетическая нейропатия, у 6 (20,0%) — артропатия, у 5 (16,7%) — ретинопатия, у 5 (16,7%) — начальные проявления диабетической нефропатии. Микрососудистые осложнения чаще встречаются у детей старше 13 лет (14 человек, 78%). Осложнения чаще наблюдаются у детей со стажем заболевания более 6 лет. У 50% детей с осложнениями уровень HbA1c превышал 10%, а у 22% детей HbA1c — менее 7,5% (норма).

Выводы: у большинства детей с СД1 типа выявлены неудовлетворительные показатели компенсации заболевания. В структуре микрососудистых осложнений у детей с СД1 типа наиболее часто встречается диабетическая нейропатия. Микрососудистые осложнения СД наиболее часто выявляются у подростков, при длительности заболевания более 6 лет, у детей с уровнем HbA1c более 10%. Удовлетворительная компенсация СД не исключает наличие микрососудистых осложнений.

Литература

1. Сахарный диабет у детей и подростков: консенсус ISPAD по клинической практике: 2014 год / Пер. с англ. под ред. В.А. Петерковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 656 с.

КЛИНИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ ГЕТЕРОГЕННОСТИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Лаицкая В.Д.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Нестеренко З.В.
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом общего ухода за детьми
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования бронхиальная астма (БА) — актуальная проблема современной педиатрии. Это самое распространённое хроническое заболевание дыхательной системы у детей. Для успешного лечения бронхиальной астмы необходимо идентифицировать ее фенотип-эндотип.

Цели исследования: рассмотреть материалы с изучением диагностики различных фенотипов бронхиальной астмы.

Материалы и методы: проведен анализ медицинской литературы.

Результаты: БА может протекать с эозинофильным, нейтрофильным, смешанным и малогранулоцитарным воспалением [1, 2]. У детей чаще отмечается эозинофильная атопическая БА (АБА) с участием IgE, обусловленная генетической предрасположенностью, с эозинофильным типом воспаления, связью с аллергией [1, 2]. АБА характерен высокий уровень IgE, NO в выдыхаемом воздухе, средний уровень эозинофилии, хорошая реакция на стероидную терапию (СТ) [2]. Неэозинофильная БА имеет нейтрофильный характер воспаления с постоянной бактериальной колонизацией, без наследственной предрасположенности и предшествующих аллергических заболеваний; протекает тяжело с деструкцией ткани, низким ответом на СТ. В лечении используется антибактериальные препараты [3]. Смешанный характер воспаления отмечен при рефрактерной БА с выраженными нарушениями функции внешнего дыхания, неэффективной СТ. БА с малогранулоцитарным воспалением отличает его минимальный уровень и выраженное ремоделирование дыхательных путей, неэффективность СТ [3].

Выводы: Гетерогенность БА предусматривает установление фено-эндотипа заболевания для проведения направленной индивидуализированной терапии, улучшения качества жизни больных и предупреждения осложнений.

Литература

1. Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика: национальная программа / 4-е изд., испр. и доп. изд. М.: Атмосфера, 2012. С. 11–27.
2. Global strategy for asthma management and prevention (Updated 2018) [Электронный ресурс] // Global Initiative for Asthma (GINA) URL: <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2018/04/wms-GINA-2018-report-V1.3-002.pdf> (дата обращения: 20.12.2018).
3. Samuel H. Hurwitz Nonallergic asthma — Differential Diagnosis and Treatment // California medicine. 1955. № 2. С. 61–67.

УЧАСТИЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ СИНДРОМА РЕТТА У ДЕТЕЙ

Лебедев А.С., Остудина А.А.

Научный руководитель: д. м. н., профессор Волгина С.Я.

Кафедра госпитальной педиатрии

Казанский государственный медицинский университет

Актуальность исследования: синдром Ретта (СР) — редкое, трудно диагностируемое генетическое заболевание, с прогрессирующим расстройством ЦНС, при котором период типичного развития ребенка сопровождается потерей ранее приобретенных им навыков, является частой причиной умственной отсталости у лиц женского пола [1, 2].

Цели исследования: выявить первые проявления заболевания, динамику и структуру регресса соматического и нервно-психического развития у детей с синдромом Ретта.

Материалы и методы: обследовано 33 ребенка с диагностированным СР в возрасте от 1 года 9 месяцев до 15 лет. Проведено анкетирование родителей (австралийская анкета InterRet), физикальный осмотр детей, изучены клиничко-анамнестические и лабораторно-инструментальные данные.

Результаты: у 42,4% женщин беременность протекала с патологией. Физическое и нервно-психическое развитие детей до 6 месяцев соответствовало возрасту в 48,5% случаев. В 10 месяцев проблемы с передвижением отмечались у 72,7% детей (начало регресса в среднем в 15 месяцев). Средний возраст первых беспокойств родителей: 15 месяцев, первого обращения к специалистам: 18 месяцев, постановки диагноза: 31 месяц. Установили диагноз: генетик — 48,5% случаев, невролог — 39,3%. У 68% произошел речевой регресс (средний возраст 24 месяца). 60,6% детей использовали свои руки функционально в прошлом, у 96,9% исследуемых произошла утрата навыков владения руками. У всех больных имеются стереотипные движения. В настоящее время нет проблем с ходьбой у 9,1% детей. У всех детей выявлено снижение болевой чувствительности, у 78,7% отмечались холодные нижние конечности. На-