

ISSN 1027-4065 (print)
ISSN 2500-2228 (online)

4
2023
ТОМ
68

научно-практический рецензируемый журнал



**РОССИЙСКИЙ
ВЕСТНИК
ПЕРИНАТОЛОГИИ
И
ПЕДИАТРИИ**

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

В этом номере журнала «Российский вестник перинатологии и педиатрии» представляем Вашему вниманию Материалы XXII Российского конгресса «Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии» с международным участием

Конгресс состоится
20-22 сентября 2023 года
Гостиничный комплекс «КОСМОС»,
г. Москва, проспект Мира, д. 150

ОРГКОМИТЕТ КОНГРЕССА:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2
Научно-исследовательский клинический институт педиатрии
и детской хирургии им. академика Ю.Е. Вельтищева РНИМУ
им. Н.И. Пирогова Минздрава России
Российская ассоциация педиатрических центров
Конгресс «Инновационные технологии в педиатрии и детской
хирургии»

Контактные телефоны:

Калашникова Татьяна Викторовна

Моб.: +7 (926) 525-16-82

E-mail: congress@pedklin.ru

Сайт: www.congress-pedklin.ru

ГЛАВНЫЕ ПАРТНЁРЫ



ПАРТНЁРЫ



ИНФОРМАЦИОННЫЕ ПАРТНЁРЫ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. Н. И. ПИРОГОВА
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ ПЕДИАТРИИ
И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ им. академика Ю.Е. ВЕЛЬТИЩЕВА
ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. И.М. СЕЧЕНОВА (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)
РОССИЙСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ НЕПРЕРЫВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИКО-СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. А.И. ЕВДОКИМОВА
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ПИТАНИЯ,
БИОТЕХНОЛОГИИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПИЩИ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПЕДИАТРИЧЕСКИХ ЦЕНТРОВ
АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ КАРДИОЛОГОВ РОССИИ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ДЕТСКИХ ХИРУРГОВ
РЕГИОНАЛЬНАЯ ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ
МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР МОСКВЫ
НАЦИОНАЛЬНАЯ ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУКИ И ИННОВАЦИЙ
ТВОРЧЕСКОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ ДЕТСКИХ НЕФРОЛОГОВ
НАЦИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ ДИЕТОЛОГОВ И НУТРИЦИОЛОГОВ
ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГОВ
РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ЛОР-ПЕДИАТРОВ
РОССИЙСКОЕ ОБЩЕСТВО ДЕТСКИХ ОНКОЛОГОВ И ГЕМАТОЛОГОВ
ФЕДЕРАЦИЯ ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЫ

ТЕЗИСЫ XXII РОССИЙСКОГО КОНГРЕССА «ИННОВАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПЕДИАТРИИ И ДЕТСКОЙ ХИРУРГИИ» С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

DOI: 10.21508/1027-4065-congress-2023

ОРГАНИЗАТОРЫ КОНГРЕССА



БРОНИРОВАНИЕ НОМЕРОВ



СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ	123
Раздел 2 ЗДОРОВЫЙ РЕБЕНОК И ПАТОЛОГИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА	136
Раздел 3 АЛЛЕРГОЛОГИЯ И ИММУНОЛОГИЯ	170
Раздел 4 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ	182
Раздел 5 ИНФЕКЦИИ И ВАКЦИНО-ПРОФИЛАКТИКА	192
Раздел 6 КАРДИОЛОГИЯ	203
Раздел 7 НАСЛЕДСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ РАЗВИТИЯ	219
Раздел 8 НЕВРОЛОГИЯ	236
Раздел 9 НЕФРОЛОГИЯ И УРОЛОГИЯ	253
Раздел 10 ПУЛЬМОНОЛОГИЯ	285
Раздел 11 РАЗНОЕ	306
Раздел 12 ЭНДОКРИНОЛОГИЯ	343
Раздел 13 ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В МЕДИЦИНЕ	364
Раздел 14 КОНКУРС МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ	382
АЛФАВИТНЫЙ УКАЗАТЕЛЬ АВТОРОВ	434

Раздел 1 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ

(ХЗП) ($n=38$), реконвалесценты ГУС с благоприятным исходом без признаков ХЗП ($n=36$). Всем детям проведено комплексное обследование с оценкой показателей структурно-функционального состояния почек и уровня uNGAL мочи методом ИФА (Cloud-Clone Corp. (США)).

Результаты исследования. У детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП установлено статистически значимое повышение uNGAL. Выявлена обратная корреляционная взаимосвязь uNGAL с показателем СКФ у детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП: снижение показателя СКФ ассоциирует с повышением уровня uNGAL ($r=-0,663$; $p<0,05$). Между уровнем микроальбуминурии и uNGAL у детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП выявлена прямая корреляционная взаимосвязь: по мере нарастания микроальбуминурии отмечается повышение uNGAL ($r=0,365$; $p<0,05$). Установлена обратная корреляционная связь показателей внутривисцеральной гемодинамики (Vs, Vd) и uNGAL: у детей-реконвалесцентов ГУС с ХЗП: уменьшение параметров внутривисцеральной гемодинамики ассоциирует с увеличением продукции uNGAL (Vs: $r=-0,657$; Vd: $r=-0,819$; $p<0,05$). По мере увеличения концентрации uNGAL нарастает частота артериальной гипертензии у детей, перенесших ГУС с формированием ХЗП ($r=0,465$; $p<0,05$).

Заключение. Доказанная взаимосвязь уровня uNGAL с показателями артериального давления, параметрами внутривисцерального кровотока, СКФ, уровнем МАУ подтверждает патогенетическую роль uNGAL в формировании патологии почек у детей, перенесших ГУС и позволяет рассматривать uNGAL как предиктор поражения почек у детей-реконвалесцентов ГУС.

СТРУКТУРА МНОЖЕСТВЕННЫХ ПОРОКОВ РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С СИНДРОМОМ ДЕЛЕЦИИ 22Q11.2 ХРОМОСОМЫ (ДИ ДЖОРДЖИ)

Журавлева И.В., Шакирова А.А., Саватеева О.И., Соколова М.А., Саркисян Е.А.

Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва

Введение. Синдром Ди Джорджи (делеции 22 хромосомы, 22q11.2 DS) характеризуется нарушением эмбриогенеза 3–4 фарингеальных мешков и классической триадой симптомов, включающей конотрункальные пороки сердца, гипоплазию щитовидной железы с гипокальциемией, гипоплазию тимуса с иммунодефицитным состоянием. Нередко результатом данной хромосомной аномалии являются и множественные врожденные пороки развития (МВПР).

Цель исследования. Оценить вероятность развития и структуру МВПР у детей с 22q11.2DS.

Материалы и методы. В исследование включено 10 пациентов с 22q11.2DS и МВПР в возрасте от 2 месяцев до 9 лет (медиана возраста — 6,25), наблюдаемых в ДГКБ № 9 за сентябрь–октябрь 2022 года. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации, с оценкой антропометрических показателей, лабораторных и инструментальных параметров, сопутствующей патологии.

Результаты. У всех детей с 22q11.2 DS отмечены МВПР. Врожденные пороки сердца у 10 (100%): тетрада Фалло 50%. ВПР челюстно-лицевой области у 5 (50%): расщелины неба. ВПР мочеполовой системы у 5 (50%): калико- и пиелоектазия, гиподисплазия подковообразной почки, гипоплазия почки с викарной гипертрофией второй, стволовая форма гипоспадии с расщеплением мошонки. ВПР центральной нервной системы у 1 (10%): гипоплазия/агенезия червя мозжечка; ВПР аногенитальной области у 1 (10%): атрезия ануса, перинеальный свищ. ВПР опорно-двигательного аппарата у 5 (50%): узкие межреберные промежутки, сфенотемпоральный синостоз, килевидная деформация грудной клетки, врожденная косолапость, дисплазия тазобедренного сустава — по 1 разу (10%). Врожденные грыжи у 2 (20%): пупочная, пахово-мошоночная, диафрагмальная. Порок развития кисти (полидактилия) у 1 (10%). Гипоплазия и эктопия тимуса у 1 (10%).

Помимо МВПР у исследуемых детей диагностированы иные патологии: 2 случая нейросенсорной глухоты (20%), 5 случаев задержки психоречевого развития (50%) и 2 случая задержки моторного развития (20%), 2 случая детского церебрального паралича (20%), 1 случай нефрокальциноза (10%), 2 случая гипопаратиреоза (20%), 1 случай вторичного гиперпаратиреоза (10%).

Заключение. Классические проявления 22q11.2DS часто сочетаются с МВПР. Наиболее распространены пороки центральной нервной, челюстно-лицевой, мочеполовой, опорно-двигательной систем, аноректальной области, а также диафрагмальные и паховые грыжи. Выявление МВПР (особенно с конотрункальными пороками сердца) аргументирует проведение скрининга на 22q11.2DS, в том числе на этапе пренатальной диагностики.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОРАЖЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ МОЧЕВОЙ СИСТЕМЫ У РЕБЕНКА НА ФОНЕ СИНДРОМА ДИСПЛАЗИИ СЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Зорина Р.А., Зорин И.В.

ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург

Введение. Синдром дисплазии соединительной ткани представляет собой аномалию развития организма, включающую большую гетерогенную группу

состояний, которая относится к числу актуальных вопросов педиатрии. В литературе имеется большое количество публикаций о распространенности сочетания дисплазии соединительной ткани и патологии сердца, опорно-двигательного аппарата, нервной, пищеварительной и других систем. Однако, сообщения о поражении почек при дисплазии соединительной ткани единичные.

Цель исследования — представить случай поражения мочевой системы у ребенка на фоне синдрома дисплазии ткани.

Материалы и методы. Проведен анализ клинического случая пациента с диагнозом Дисплазия почек. Корригированная рефлюкс-уропатия ПМР II-III степени слева (ЭКП-16.03.2021, 09.06.2022 г). Вторичный хронический пиелонефрит, латентное течение. ХБП I стадия. Вторичная артериальная гипертензия ренальная, управляемая. Гиперурикемия.

Результаты. Наличие ПМР II-III степени слева у пациента указывает на наиболее частое проявление дисплазии соединительной ткани у детей с патологией мочевой системы. Особенностью течения ПМР на фоне синдрома дисплазии соединительной ткани является присоединение ренальной инфекции, приводящей к формированию хронического пиелонефрита с прогрессированием в ХБП, развитием артериальной гипертензии.

Заключение. Наличие у пациента синдрома дисплазии соединительной ткани определяет особенность течения ПМР, способствует быстрому развитию и прогрессированию ХБП. Следовательно, дисплазия соединительной ткани у детей с ПМР — предиктор формирования нефросклероза.

ОСТРЫЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У МЛАДЕНЦА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Зыкова Л.С.¹, Усенкова Н.Н.², Мещерякова А.И.¹, Любимова О.К.¹

¹ФГБОУ ВО Оренбургский государственный медицинский университет Минздрава России, Оренбург

²ГАУЗ ОДКБ, Оренбург

Актуальность. Пиелонефрит (ПН) — актуальная проблема педиатрии и нефрологии, требующая ранней диагностики и эффективной терапии в связи с риском рецидивов и формирования хронической болезни почек.

Цель исследования — описать клинический случай острого ПН у младенца.

Материалы и методы. Проведено клиническое наблюдение с анализом документации и данных обследования пациента в возрасте 3 мес с диагнозом острый ПН эшерихиозной этиологии, средней степени активности, с сохранной функцией почек; пищевая аллергия — непереносимость белков коровьего молока (АБКМ), гастроинтестинальная форма.

Результаты. Мальчик С, 3 мес, поступил в ОДКБ 11.04.23 с жалобами на фебрильную лихорадку (38,5–39° С) в течение 4-х дней, беспокойство, с кратковременным эффектом от антипиретиков. Моча амбулаторно-мутная с неприятным запахом, лейкоцитурия сплошь в п/з, слизь, бактерии ++, протеинурия 0,8 г/л; в гемограмме лейкоцитоз ($14 \times 10^9/\text{л}$), лейкоформула не изменена, СОЭ 11 мм/час.

Анамнез: от 2 беременностей (на фоне COVID-19 в легкой форме в 12 недель), 2 срочных вагинальных родов, масса 4200 г, рост 53 см, оценка по Аргар 9 баллов. С рождения на исключительно грудном вскармливании. Вакцинирован БЦЖ, ВГВ-VI в РД; РотаТек в 2,5 мес. Заболеванию предшествовали срыгивания, изменения в кале (слизь).

Объективно: состояние средней тяжести, активен, улыбается. ФР в норме. Т 38,4С. ЧД 45 в мин, ЧСС 133 в мин. SpO₂ 100%. В легких и сердце без изменений. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см. Селезенка не пальпируется. Стул темно-желтый, кашицеобразный, с обилием слизи, 4–5 раз в сутки. Мочеиспускание безболезненное, 15–17 раз в сутки. Высев из мочи E.coli 10⁵ КОЕ/мл. БАК: мочевины, креатинина в норме; повышение СРБ белка в 2,5, прокальцитонина — в 4 раза. При УЗИ: увеличение почек (D 71x30, S 53x26мм), признаки пиелита. В кале обилие слизи, жирных кислот, лейкоциты 4–5 в п/з; при посеве — патогенные энтеробактерии не выделены. Пролечен цефтриаксоном в соответствии с чувствительностью уропатогена, ациполом-беби на фоне безмолочной диеты матери с положительным эффектом. В 6 мес — анализы мочи в норме, проводится наблюдение в динамике.

Заключение. У ребенка 3 мес, находящегося на исключительно грудном вскармливании, на фоне АБКМ развился острый ПН, протекающий с фебрильной лихорадкой, беспокойством. Назначена безмолочная диета матери.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЧЕК ПРИ ЮВЕНИЛЬНОМ ИДИОПАТИЧЕСКОМ АРТРИТЕ

Каримджанов И.А., Мадаминова М.Ш., Исканова Г.Х.

Ташкентская медицинская академия, Ташкент, Узбекистан

Введение. Ювенильный идиопатический артрит (ЮИА)- деструктивно-воспалительное заболевание суставов с неизвестной этиологией, сложным иммуноагрессивным патогенезом, которое характеризуется симметричным хроническим артритом, системным поражением внутренних органов, приводящее к инвалидизации больных детей. Патология почек встречается при ЮИА с высокой частотой от 57 до 73% по данным разных авторов. При данном заболевании могут наблюдаться инфекции мочевых путей, цистит, пиелонефрит, гломерулонефрит, вто-

ричный амилоидоз почек, острый или хронический интерстициальный нефрит, хроническая болезнь почек, папиллярный некроз, васкулит почечных сосудов. У большинства больных ЮИА поражение почек определяет прогноз и исход заболевания.

Цель исследования. Изучение поражения почек при ювенильном идиопатическом артрите.

Материалы и методы. Обследованы 38 детей с ювенильным идиопатическим артритом 20 (52,7%) девочек и 18 (47,3%) мальчиков в возрасте от 3 до 17 лет (средний возраст 10 лет). Продолжительность заболевания составляла от 3 месяцев до 8 лет. Диагноз был установлен в соответствии с классификацией ювенильного идиопатического артрита по второй версии ILAR «International League of Associations for Rheumatology» и МКБ-10. Проведены исследования общего анализа крови, мочи, биохимические креатинина, альбумина.

Результаты. Для абсолютного большинства обследованных больных (29–76,3%) были характерны такие критерии как, артрит продолжительностью 3 мес. и более, утренняя скованность, артрит второго сустава, возникший через 3 мес. и позже, симметричное поражение мелких суставов, выпот в полость сустава. В пораженном суставе отмечались боль, отек, деформация и ограничение движения, повышение местной температуры кожи. Чаще поражались крупные и средние суставы — у 26(68,4%) коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые, тазобедренные. У 7 (18,4 %) больных отмечалось поражение шейного отдела позвоночника, у 5 (13%) больных двусторонний сакроилеит, у 1 (2,6%) болезнь сопровождалась синдромом Рейно и у 1(2,6%) больного сопутствовало генетическое заболевание мукополисахаридоз, типа Хантера. Установлены некоторые особенности суставного синдрома в зависимости от формы заболевания, характера течения ЮИА, пола и возраста больных. При этом процесс умеренно прогрессировал и преобладали продуктивные изменения. Рентгенологически определялась преимущественно II степень по Штейнброккеру. Поражение почек в виде нефритов наблюдалось у 60,5% больных, микроальбуминурия была выявлена у 13,2%, у 68% больных детей выявлено повышение концентрации креатинина в крови.

Заключение. Для ювенильного идиопатического артрита характерно агрессивное и прогрессирующее течение клинических вариантов, отражающее современную возрастную эволюцию болезни, а также о поражении внутренних органов, особенно почек, что обуславливает необходимость поиска эффективных методов оптимизации лечения и предупреждения токсических действий медикаментов на почки.

ГОМОЦИСТЕИН — ПРЕДИКТОР ВТОРИЧНЫХ НЕФРОПАТИЙ ПРИ ДИФFUЗНЫХ БОЛЕЗНЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ У ДЕТЕЙ

Карымова Г.К., Зорин И.В.

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Минздрава России, Оренбург

Введение. Ранняя диагностика поражения почек при диффузных болезнях соединительной ткани (ДБСТ) у детей является актуальной проблемой современной педиатрии. Гомоцистеин является чувствительным маркером почечного повреждения. Развивающаяся гипергомоцистеинемия (ГГЦ) способствует формированию и усилению нефросклероза.

Цель исследования — оценить патогенетический маркер вторичного поражения почек у детей с ДБСТ.

Материалы и методы. Проведено клинико-параclinical обследование детей с ДБСТ ($n = 94$): дети с вторичным поражением почек ($n=31$) и дети с ДБСТ без поражения почек ($n=33$). Всем детям проводилось определение в моче и сыворотке крови уровня гомоцистеина методом иммуноферментного анализа (ИФА) на многофункциональном анализаторе «Сlima» (Финляндия) с использованием коммерческих наборов для ИФА (CloudClone Corp. (США)).

Результаты. Проведены сравнительные исследования и установлены достоверные отличия показателей среднего уровня гомоцистеина в моче у пациентов с вторичными нефропатиями при ДБСТ ($2217,52 \pm 331$) по сравнению с пациентами с ДБСТ без поражения почек ($226,75 \pm 138,05$) ($p < 0,05$). При этом средний уровень гомоцистеинемии в моче у детей с патологией почек при геморрагическом васкулите составлял $459,55$ нг/мл, при ревматоидном артрите $447,32$ нг/мл, при системной красной волчанке $806,9$ нг/мл.

Статистически значимых отличий уровня гомоцистеина в крови у пациентов с вторичным поражением почек при ДБСТ и у детей с ДБСТ без поражения почек не выявлено ($8930 \pm 123,26$ и $6471,12 \pm 303,28$ нг/мл, соответственно, $p > 0,05$).

Нами выполнен регрессионный анализ для выявления наиболее значимых предикторов развития нефропатий у детей с ДБСТ. Если в результате расчета уравнений линейной регрессии уровень гомоцистеина в моче будет в диапазонах $399,87–1500,65$ нг/мл, то это свидетельствует о риске формирования поражения почек у детей с ДБСТ (95% ДИ $0,16 [0,11; 0,23]$; статистика Вальда $0,06$; ОШ $1,03$; $p < 0,03$).

Заключение. Результаты проведенного исследования показали, что оценка уровня гомоцистеина в моче перспективна для ранней диагностики вторичных нефропатий у детей с ДБСТ.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ДЕТСКОЙ УРОЛОГИИ

Киреева Н.Б., Заугаров М.Ю., Тиболов А.З.

ФГБОУ ВО ПИМУ Минздрава России, ГБУЗ НО НОДКБ, Нижний Новгород

Введение. В настоящее время эндоскопические внутрисветовые вмешательства в детской урологии чаще применяются не с диагностической, а с лечебной целью. Количество их растет, как и увеличивается разнообразие нозологии, при которой возможно использование уретроскопии.

Цель исследования. Установить частоту осложнений при эндоскопическом лечении в зависимости от вида нозологии.

Материалы и методы. Проведен анализ эндоскопических вмешательств за 2 года (2021–2022гг.) в Нижегородской областной детской клинической больнице. За этот период выполнено 358 эндоскопических вмешательств. Возраст детей был от месяца до 17л.

Результаты. Самым частым эндоскопическим вмешательством была коррекция пузырно-мочеточникового рефлюкса (ПМР) различными имплантатами (коллаген, уродекс, ДАМ+) — 254. Средний возраст пациентов составил 5л. Обструктивных осложнений не было. При неэффективности коррекции выполняли повторное (до 3-х раз) введение импланта. Стентирование мочеточника в связи с нерезецирующим мегауретером выполнено в 57 случаях (средний возраст детей 1,4г.). Наблюдали следующие осложнения: миграция стента (1), невозможность стентирования из-за выраженной обструкции (4), неэффективность стентирования (3). Уретероцеле рассечено у 2 детей. В периоде новорожденности КЗУ резецированы у 4 мальчиков, в одном случае потребовалась повторная ТУР. Подросткам с мочекаменной болезнью (МКБ) (средний возраст 14л.) при частичном блоке почки произведено стентирование мочеточника. Невозможность стентирования из-за отека устья, больших размеров конкремента, анатомических особенностей мочеточника была у 5 детей. Бужирование стриктуры уретры произведено 4 пациентам. Удаление доброкачественных образований из мочевого пузыря, уретры выполнено 4 случая, без осложнений.

Заключение. Наибольшее число осложнений (14%) отмечено при стентировании у детей с обструкцией в области пузырно-мочеточникового сегмента и у больных с МКБ (7,7%), что требует проведения других методов дренирования верхних мочевых путей: наложения пункционной нефростомы или оперативного лечения.

К ПРОБЛЕМЕ ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ДЕТЕЙ С КРИСТАЛЛУРИЯМИ

Ковярова Е.Б., Выходцева Г.И., Хасанова Ю.Л.

КГБУЗ «Городская детская больница, г. Бийск» Бийск, ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Российская Федерация

Введение. Неуклонное нарастание частоты инфекции мочевыводящих путей требуют пристального внимания к данной проблеме

Цель исследования. Изучить особенности течения инфекции мочевыводящих путей у детей с кристаллуриями в условиях Алтайского края.

Материалы и методы. На материалах обследования детей с ИМП выделена группа детей с кристаллуриями. Среди 475 детей преобладали дети в возрасте от 7 до 14 лет — 244 (51%), от 3 до 7 лет — 144 (30%), от 1 года до 3 лет — 62 (13%) и в возрасте до 1 года — 25 (5%).

Результаты. Анализ структуры и частоты кристаллурии у детей с ИМП показал высокую частоту оксалатно-кальциевой кристаллурии (71,6%), в 15,6% случаев регистрировалась уратная кристаллурия, в 12,8% — фосфатная кристаллурия Гематурия зарегистрирована у 76% детей с кристаллурией, при этом достоверно чаще этот синдром отмечался в группах от 3 до 7 лет и от 7 до 14 лет. Канальцевая протеинурия зарегистрирована у 57% детей с преобладанием в группах от 3 до 7 лет и от 7 до 14 лет. При этом течение мочевого синдрома в виде гематурии, канальцевой протеинурии регистрировались уже в раннем возрасте, но достоверно чаще данные проявления регистрировались в возрасте 7–14 лет.

Изучение функциональных показателей почек у детей показало достоверное снижение функций концентрирования и скорости клубочковой фильтрации во всех возрастных группах у детей с кристаллурией. У 15,6% детей регистрировались ультразвуковые признаки солевых конгломератов, а у 2,7% детей зарегистрировано формирование конкрементов от 5 до 10 мм.

У 15,6% детей регистрировались ультразвуковые признаки солевых конгломератов, а у 2,7% детей зарегистрировано формирование конкрементов от 5 до 10 мм.

В структуре уропейзажа достоверно чаще преобладала *Escherichia coli* (67,9%), на втором месте с одинаковой частотой (7,1%) регистрировались *Staph. Epiderm.* и *Enterobact. spp.*, третье место в структуре бактериальной флоры мочи занимал *Enteroc. faec.* (5,4%). *Citrob. Freundii* и *Kl. Pneumoniae* были одинаково выделены у 3,8% детей, *Pseud. aerug.* была зарегистрирована у 2,2% детей.

Анализ сопутствующих заболеваний показал, что достоверно чаще в группе детей с пиелонефритом