



# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

Х МЕЖДУНАРОДНЫЙ МОЛОДЁЖНЫЙ  
НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

**БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ**

ПОСВЯЩЕННЫЙ 150- ЛЕТИЮ  
С.С. ЗИМНИЦКОГО



**Казань, 2023**



данным переносили среднетяжелую форму заболевания, тяжелая форма наблюдалась только у 2 детей. У половины стационарных больных была диагностирована пневмония. Большинство детей было направлено в стационар в первые 3 дня от начала заболевания.

Последующее наблюдение и лечение детей в постковидном периоде также осуществляется участковыми врачами с привлечением при необходимости узких специалистов.

После первоначального заражения у некоторых детей, в том числе у тех, у кого заболевание было легким или бессимптомным, могут развиваться другие проявления COVID: Мультисистемный воспалительный синдром у детей (MCBS); постострые последствия COVID (postacute sequelae of SARS-CoV-2 infection (PASC), long COVID, постковидный синдром). Система первичной медицинской помощи часто является первой точкой контакта для пациентов с PASC и, в ряде случаев, должна обеспечить основную часть обследования и лечения.

За период пандемии в поликлинике наблюдались 2 случая MCBS.

В 2021 году MCBS был диагностирован у мальчика 10 лет без предшествующего анамнеза НКВИ. Заболевание сопровождалось болями в животе жидким стулом, болями в нижних конечностях и нарастающей пятнисто-папулезной и эритематозной сыпью. Инфекционист поликлиники направляет пациента на стационарное лечение в ДРКБ. Через 3 дня после выписки из стационара у ребенка клиника частично возобновляется. Поскольку в повторной госпитализации ребенку отказывают дальнейшее обследование и лечение проводится амбулаторно. Пациент находится под наблюдением участкового врача, неоднократно осматривается кардиологом, аллергологом, инфекционистом и пульмонологом. Купирование симптомов и нормализация анализов у пациента наступает только спустя 1 год и 3 месяца после начала заболевания.

Выводы. Приведенные примеры показывают, что ведение пациентов с последствиями НКВИ диктует необходимость междисциплинарного подхода. Участковым врачам отводится координирующая роль в диагностике, лечении и реабилитации детей с постковидными состояниями.

## **ГИПОНАТРИЕМИЯ У ДЕТЕЙ. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ**

**Рашитова Э.Л., Зотова А.Е., Ибрагимхалилов К. Шоглы**

**Научный руководитель - д.м.н., проф. Халиуллина С.В.**

**Казанский государственный медицинский университет**

В нормальных условиях организм человека может поддерживать уровень натрия в пределах 135-145 ммоль/л. Гомеостаз натрия необходим для адекватного внутрисосудистого объема, он тесно связан с водным балансом [1]. Нередко, особенно у стационарных больных, регистрируют лабораторные признаки гипонатриемии (по данным разных авторов 17-45% в зависимости от причины госпитализации), т.е. снижение уровня этого электролита ниже 135 ммоль/л [2,3,4]. Часто гипонатриемия остается недиагностированной, но, если уровень натрия падает менее 125 ммоль/л, появляются клинические признаки. Они неспецифичны и чаще представлены вялостью, головной болью, угнетением двигательных рефлексов, судорогами, изменением сознания, тошнотой, рвотой и пр.

Причины, приводящие к развитию гипонатриемии (ГН) разнообразны. Для лучшего понимания патофизиологии этого состояния, ее рассматривают в зависимости от объема общей воды в организме и объема экстрацеллюлярной жидкости (ЭЦЖ). Выделяют три основных варианта ГН: в сочетании с эволемией, гиперволемией и гиповолемией.

Нормоволемическая гипонатриемия развивается при неизменном уровне содержания натрия и нормальном объеме ЭЦЖ, но увеличении общего количества воды (ОКВ) в организме. Такая ситуация в педиатрии чаще всего бывает связана с развитием синдрома неадекватной секреции антидиуретического гормона, когда избыточная продукция вазопрессина (без увеличения осмоляльности плазмы или уменьшения объема циркулирующей крови) усиливает реабсорбцию воды в дистальных отделах нефрона. К частым причинам развития этого синдрома у детей относят: инфекции нижних отделов респираторного тракта (пневмонии) и ЦНС (менингит, энцефалит, синдром Гийена-Барре), сепсис, прием лекарственных препаратов (нестероидные противовоспалительные и противосудорожные), острый респираторный дистресс-синдром, искусственную вентиляцию легких, стресс, выраженный болевой синдром [4,5].

Гиперволемическая гипонатриемия развивается в условиях увеличения общего содержания натрия и объема ЭЦЖ в сочетании со значительно большим увеличением ОКВ. Чаще всего такой вариант ГН регистрируют при заболеваниях, сопровождающихся отеками: сердечная недостаточность, острое повреждение почек, хроническая почечная патология, нефротический синдром, цирроз печени



и др.

Гиповодемическая гипонатриемия – результат чрезмерной потери натрия при менее выраженной потере ОКВ. Такая ГН у детей может быть связана с почечными потерями (минералокортикоидная недостаточность, «сольтеряющие» нефропатии, прием диуретиков), потерей жидкости из сосудистого русла в «третье пространство» при ожогах, рабдомиолизе, перитоните, кишечной непроходимости, но чаще всего – при острых инфекционных гастроэнтеритах, когда натрий и вода теряются со рвотой и жидким стулом.

#### **Список литературы:**

1. Zieg J. Pathophysiology of Hyponatremia in Children. Front Pediatr. 2017 Oct 16;5:213. doi: 10.3389/fped.2017.00213.
2. Shahrin L. et al. Clinical Manifestations of Hyponatremia and Hypernatremia in Under-Five Diarrheal Children in a Diarrhea Hospital, Journal of Tropical Pediatrics, 2016. 62;3:206–212. doi.org/10.1093/tropej/fmv100
3. Lewis J.L. Гипернатриемия / Справочник MSD (профессиональная версия) / <https://www.msdmanuals.com/ru>
4. Клинические рекомендации по ведению и терапии новорожденных с нарушением обмена натрия (проект). Д. О. Иванов, Т. К. Мавропуло. <https://www.raspm.ru/files/na.pdf>

### **КОРЬ У ПРИВИТОГО ВЗРОСЛОГО ПАЦИЕНТА: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Бобонина Д.А., Воробьева Ю.Н**

**Научный руководитель - к.м.н., доц. Сабитова А.М.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Актуальность. Корь – высококонтагиозное острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, которое не теряет своей значимости в связи с регистрацией в последние годы локальных вспышек. В 2022-23 году в России они были отмечены в Новосибирской области, в Алтайском крае, в Омске и Самаре. Единственным эффективным методом профилактики кори является иммунизация, которая в РФ проводится с 1968 года. Случаи кори регистрируются преимущественно среди невакцинированных лиц. Однако в единичных случаях привитые также могут болеть корью. Это связано с индивидуальными особенностями формирования поствакцинального иммунитета или утратой его со временем (по истечении 8-10 лет после прививки).

Цель исследования: описание клинического случая кори у иммунизированного больного.

Материалы и методы: клиническое наблюдение, анализ данных лабораторных и инструментальных исследований, медицинской литературы.

Результаты. Пациентка, 22 года, была госпитализирована в ГАУЗ РКИБ на 4 день заболевания корью с жалобами на боль в горле, кашель, сыпь. Заболевание началось с повышения температуры тела до 39,5°C. Принимала парацетамол, арбидол и ибупрофен. На второй день болезни появился жидкий стул. На третий день болезни пациентка продолжала лихорадить до 39,2°C. После осмотра на дому участковый терапевт назначил лечение: аскорил, панцеф, исмиген, хлорофиллипт. Примерно в 23:00 появилась сыпь на лице, единичные элементы на груди. Принимала супрастин. На четвертый день температура тела 37,6°C, появились новые высыпания на животе, верхних конечностях, единичные на нижних конечностях. Машиной скорой помощи доставлена в РКИБ. До заболевания в течение 2 месяцев находилась в Новосибирске, где отмечались вспышки кори, но указаний на прямой контакт нет. Прививочный анамнез: от кори была привита в 2001 и 2007 году. При поступлении состояние больной средней степени тяжести Температура тела 37,2°C, ЧДД 18 в минуту, сатурация 97%. Пятнисто-папулезная сыпь на лице (в большей степени), туловище, верхних конечностях и единичные элементы на нижних конечностях. Умеренный склерит. В легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Сердечные тоны ясные, патологических шумов нет. ЧСС 104 уд/мин, АД 113/93 мм.рт.ст. Язык чистый, влажный. Умеренная гиперемия небных дужек, зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Заднешейные лимфоузлы подвижные, безболезненные, размером 0,5 см.

При проведении спиральной компьютерной томографии легких в S5 левого легкого обнаружен единичный очаг уплотнения легочной ткани, свидетельствующий о левосторонней верхнедолевой очаговой пневмонии. РНК SARS-CoV-2 не обнаружена. В общем анализе крови отмечались признаки анемии: понижение уровня гемоглобина (105 г/л); лейкопения (3,3x10<sup>9</sup>/л), тромбоцитопения (139x10<sup>9</sup>/л), моноцитоз (17,9%); в биохимическом анализе - признаки воспаления: повышение СРБ (34,9 мг/л). Выявлены специфические IgM антитела в сыворотке крови методом ИФА с коревым