



**Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова**

**АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ
И КЛИНИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ–2023**

*Сборник тезисов
LXXXIV научно-практической конференции
с международным участием*

Апрель 2023

**Санкт-Петербург
2023**

Цель. Оценить зависимость вариации лихорадки от определенной возрастной группы детей с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией.

Материалы и методы. Методом случайной выборки проанализированы истории болезни пациентов детского возраста с подтвержденной новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Результаты. Изучено 206 историй болезни пациентов детского возраста (0-18 лет), находившихся на лечении в ГБУЗ «ПОДКБ им. Н.Ф. Филатова» г. Пенза в период с 01.12.2021г. по 30.11.2022г. Среди обследованных пациентов было 90 девочек (42,45%) и 116 мальчиков (54,72%). В соответствии с классификацией детей по возрасту принятой Выготским Л.С., пациентов разделили на 6 возрастных групп: 1 группа 41 пациент (20%), 2 группа - 35 детей (17%), 3 группа - 33 (16%) ребенка, 4 группа - 31 (15%) ребенок, 5 группа - 37 (18%) пациентов, 6 группа 29 (14%) детей. Повышение температуры тела наблюдалось в 79% (163 ребенка) анализируемых случаев. В 1 возрастной группе наблюдался субфебрилитет - у 14 детей (34%), фебрильная лихорадка - у 13 детей (32%), пиретическая - у 6 детей (15%). Во 2 группе: субфебрильная лихорадка у 11 детей (31%), фебрильная лихорадка - у 9 детей (26%) и пиретическая - у 7 детей (20%). В 3 группе - субфебрильная лихорадка у 15 детей (46%), фебрильная лихорадка - у 6 детей (18%) и пиретическая - у 2 детей (6%). В 4 группе - субфебрилитет у 14 детей (45%), фебрильная лихорадка у 7 пациентов детского возраста (23%) и пиретическая у 4 детей (13%). В 5 возрастной группе: субфебрильная лихорадка у 15 детей (40%), фебрильная лихорадка у 10 детей (27%) и пиретическая - у 4 детей (11%). В 6 группе - субфебрилитет у 15 детей (52%), фебрильные подъемы у 8 детей (28%) и у 3 детей (10%) имелась пиретическая лихорадка.

Выводы. SARS-CoV-2-инфекции наиболее подвержены пациенты 1 возрастной группы (20% случаев). Среди обследуемых пациентов детского возраста превалировала субфебрильная лихорадка (41% случаев). В 1 возрастной группе наблюдалось одинаковое количество детей с субфебрильной и фебрильной лихорадкой, во 2-6 группах чаще выявлялась субфебрильная лихорадка.

Шакирова Р.Р., Садриева А.И.

OVERLAP-СИНДРОМ (АУТОИММУННЫЙ ГЕПАТИТ И ПЕРВИЧНЫЙ СКЛЕРОЗИРУЮЩИЙ ХОЛАНГИТ) В СОЧЕТАНИИ С БОЛЕЗНЬЮ КРОНА – ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ

(научный руководитель – асс. Хабибрахманова З.Р.)

Казанский государственный медицинский университет

Казань, Российская Федерация

Введение. Синдром перекреста-мало изученное аутоиммунное заболевание печени редко выявляемое, особенно у детей. Аутоиммунный гепатит (АИГ) с чертами первичного склерозирующего холангита (ПСХ) встречается в 7-14% случаев всех АИГ. Также наблюдается сочетание overlap-синдрома с воспалительными заболеваниями кишечника: в частности, в 10–15% с болезнью Крона. Течение синдрома перекреста разнообразно, что затрудняет своевременную диагностику, требует индивидуального подхода в назначении комбинированной терапии.

Цель. Изучить особенности течения Overlap-синдрома в виде АИГ/ПСХ и болезни Крона.

Материалы и методы. Исследование проводилось посредством осмотра пациента, анализа медицинской документации и обзора соответствующей литературы.

Результаты. Пациент 7 лет, состоит на диспансерном учете у гастроэнтеролога с жалобами: периодические боли в околопупочной области, ахолия стула, наличие слизи и прожилок крови в стуле. Впервые симптомы появились в 2018 году, увеличение печени +2 см, нарастание в течение месяца синдрома цитолиза: АСТ 1417 Ед, АЛТ 1053 Ед и холестаза: ГГТП 373 Ед, ЩФ 1608 Ед. В результате госпитализации в РКИБ исключены вирусные гепатиты; ЦМВ, ВГЧ-6 и другие, поставлен диагноз: «Острая ВЭБ инфекция, период ранней реконвалесценции». В межгоспитальный период минимальный цитолиз на фоне приема УДХК. Во время повторных госпитализаций в ДРКБ исключены болезнь Вильсона-Коновалова, дефицит альфа-1 антитрипсина, кал на кальпротектин(+), ANCA=2,7. Был поставлен диагноз: «Гепатит умеренной активности, недифференцированный», предполагалось наличие АИГ/ПСХ, ВЗК с ранним началом. Для дальнейшего ведения был госпитализирован в «ФГБУН ФИЦ питания и биотехнологий с уровнем кальпротектина–1156, SMA 1:80, ANCA 2,9. При следующих госпитализациях проведена колоноскопия с подтверждением болезни Крона, эластография–фиброз F1 по METAVIR, биопсия печени-склеротические изменения с формированием порто-портальных септ и полусепт. Объективно: состояние средней степени тяжести, печень увеличена +5 см, эластичной консистенции. Лабораторно: АЛТ 158 Ед, АСТ 67,7 Ед, ГГТ 311 Ед. По данным УЗИ ОБП: гепатомегалия с диффузными изменениями паренхимы печени, в/печеночных желчных протоков. Был выставлен диагноз: Overlap-синдром: АИГ 1 типа, минимальная степень активности, ПСХ. Фиброз печени F2. Болезнь Крона, тотальное поражение восходящей, слепой, терминального отдела подвздошной кишки. Сопутствующий диагноз: Пищевая аллергия, не IgE опосредованная (белок коровьего молока, глютен). Вторичные изменения поджелудочной железы. Пациенту показана безмолочная, безглютеновая диета, стол №4, лечебная смесь Неокейт Юниор; месалазин, преднизолон, алмагель, УДХК и другие препараты.

Выводы. Ведение пациентов с несколькими заболеваниями печени требует от педиатра настороженности по рецидивам, новым нозологиям. При комбинации заболеваний печени имеет место общность нарушений регуляции ключевых генетических, иммунных компонентов по оси «кишечник–печень», которые необходимо изучать.