



# СБОРНИК ТЕЗИСОВ

X МЕЖДУНАРОДНЫЙ МОЛОДЁЖНЫЙ  
НАУЧНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

## БЕЛЫЕ ЦВЕТЫ

ПОСВЯЩЕННЫЙ 150- ЛЕТИЮ  
С.С. ЗИМНИЦКОГО



Казань, 2023

показатели липидного профиля увеличиваются по данным исследования с 45,5% на стадии ХБП 1 до 67,8% на 4-й стадии ХБП.

Цель. Определить наличие и характер дислипидемии у пациентов нефрологического отделения ГАУЗ «ДРКБ МЗ РТ».

Материалы и методы. Ретроспективный анализ историй болезни, научной литературы и статей, посвященных теме. Изучение возможных методов коррекции дислипидемии у детей с ХБП.

Результаты. После изучения спектра липидных показателей у пациентов с ХБП разного возраста, пола и стадией заболевания, были выявлены достоверные изменения во всех группах детей с ХБП сравнительно с нормой. Отмечается повышение уровня общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и гипертриглицеридемия (коррелирующая обратно пропорционально с уровнем СКФ), сниженный уровень липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), холестерин не-ЛПВП при этом был выше возрастной нормы. Эти данные совпадают с данными из источников литературы.

Выводы. У пациентов с хронической болезнью почек на разных стадиях в большинстве случаев выявилась дислипидемия, чаще всего обусловленная повышением общего холестерина, липопротеинов низкой плотности и холестерина не-ЛПВП, а также снижением ЛПВП. Таким образом, нефротоксическое действие липидов может быть обусловлено прямым повреждением почечной ткани отложением липидов или косвенно за счет системного воспаления, окислительного стресса, повреждения сосудов, нарушения работы гормонов и сигнальных молекул. Коррекция дислипидемии может уменьшить прогрессирование повреждения почек.

#### **Список литературы:**

1. Rosenstein, K. Dyslipidemia in Chronic Kidney Disease/ L. R. Tannock [et al] // Endotext [Internet]. 2022 Feb 10. South Dartmouth (MA): MDText.com, Inc.; 2000–. PMID: 26247091.

2. Saland, JM. Dyslipidemia in children with chronic kidney disease/ CB Pierce [et al] // CKiD Investigators. Kidney Int. 2010 Dec; 78(11):1154-63. doi: 10.1038/ki.2010.311. Epub 2010 Aug 25. PMID: 20736985.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ МУЛЬТИСИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ, АССОЦИИРОВАННОГО С SARS-CoV-2: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

**Шакирова Р.Р.**

**Научные руководители – д.м.н., проф. Макарова Т.П., к.м.н., асс. Хабибрахманова З.Р.**

**Казанский государственный медицинский университет**

Актуальность. Мультисистемный воспалительный синдром (MIS) у детей — тяжелое осложнение, связанное с COVID-19, проявляющееся комплексом симптомов, включающий элементы болезни Кавасаки и токсического шока. Хотя это редкое состояние встречается примерно у 1% пациентов с COVID-19, постановка диагноза может быть сложной из-за изменчивости симптомов.

Цель. Ретроспективная оценка течения мультисистемного воспалительного синдрома у пациента, ассоциированного с COVID-19.

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

Результаты. Мальчик 11 лет поступил в стационар с жалобами на повышение температуры тела до 38,5°C, боли в мышцах, животе, кожный зуд. Симптомы начались с мышечной боли, за которой последовали головная боль и единичный эпизод рвоты. ПЦР-тест на COVID-19 - отрицательный. Самостоятельно принимал жаропонижающие препараты, такие как парацетамол. В анамнезе пациента указан аллергический ринит и поллиноз. При физикальном обследовании пациента - состояние средней тяжести, кожные покровы бледно-розовые, элементы точечной сыпи на верхних конечностях и туловище. Респираторные симптомы включали затрудненное носовое дыхание, аускультация легких выявила жесткое дыхание без хрипов. Пальпация живота не проводилась из-за сильной боли. В лабораторных исследованиях лейкоцитоз до 17,93\*10<sup>9</sup>/л, тромбоцитоз до 824\*10<sup>9</sup>/л, повышение СОЭ 32 мм/ч, повышение СРБ 216,6 мг/л, АЛТ 113,5 ЕД/л, АСТ 96,3 ЕД/л. л, сывороточное железо 2,22 мкмоль/л, повышенный фибриноген 5,07 г/л. D-димер составлял 3,80 мкг/мл. Антитела IgG к SARS-CoV-2 были положительными (1,94). Эхокардиография выявила дисфункцию трехстворчатого, митрального и легочного клапанов, признаки коронарита. На КТ выявлены участки фиброза в проекциях нижних долей легких и плевродиафрагмальные спайки.

Протокол лечения пациента включал внутривенное введение иммуноглобулина человека в дозе 1 г/кг, кортикостероиды: дексаметазон в/в капельно в течение 3 дней, затем преднизолон в дозе 1 мг/кг/сут с постепенным снижением, и антикоагулянт: надропарин кальция 2500 МЕ подкожно 2 раза

в сутки, а также ацетилсалициловую кислоту в дозе 50 мг/кг/сут. Также проводилось симптоматическое лечение. В течение заболевания показатели пациента стабилизировались.

Выводы. Появление новых случаев MIS у детей подчеркивает важность междисциплинарного подхода с привлечением специалистов из разных областей для разработки алгоритмов его ранней диагностики у детей.

## **ПАЦИЕНТ С МУКОВИСЦИДОЗОМ ПОСЛЕ ОРТОТОПИЧЕСКОЙ ТРАНСПЛАНТАЦИИ ПЕЧЕНИ Соловьёва С.С.**

**Научный руководитель – к.м.н., доц. Стежкина Е.В.**

**Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова**

Цель работы: оценить динамику течения заболевания и изменение качества жизни у пациента с муковисцидозом, перенесшего ортотопическую трансплантацию печени.

Материалы и методы: проведен анализ анамнестических, клиничко-лабораторных и инструментальных исследований пациента.

Актуальность: В РФ частота муковисцидоза составляет 1:9000 новорожденных. У 5-10% больных МВ к 10 годам заболевание осложняется развитием мультилобулярного билиарного цирроза с синдромом портальной гипертензии. Трансплантация печени – одно из передовых направлений помощи таким пациентам, что делает необходимым изучение особенностей течения основного заболевания после выполнения хирургического вмешательства.

Представление клинического случая: на профилактическом осмотре в школе в поле зрения педиатра попал ученик 6 класса с жалобами на утомляемость, бледность, ухудшение переносимости физической нагрузки, увеличение объема живота, постоянную заложенность носа, жирный стул, запоры.

При амбулаторном обследовании: персистирующий инфекционный процесс дыхательных путей, полипозный риносинусит, гепатолиенальный синдром (печень+10 см, селезенка+12см), признаки портальной гипертензии, трехростковая панцитопения, БЭН. Направлен в стационар, диагноз: острый лейкоз?

В стационаре: была подтверждена трехростковая панцитопения, проводимость пота эквивалента на аппарате Нанодакт- 120 мэкв\л, при МРТ брюшной полости- узловой мультилобулярный цирроз печени с признаками портальной гипертензии, при ФГДС- расширение вен пищевода, при РКТ легких- двухсторонние бронхоэктазы, функция легких не нарушена. Впервые встал вопрос о возможном течении муковисцидоза (МВ). При генотипировании: delF508/604insA (мутация 604insA не входит в регистр мутаций МВ).

Из анамнеза: Диагноз МВ был установлен в возрасте одного года, однако заместительная терапия не проводилась. Скрининг при рождении не проводился. При генетическом типировании в 1 год выявлена delF508 мутация в гетерозиготе, вторая мутация не обнаружена.

В качестве радикального метода терапии мультилобулярного цирроза применена ортотопическая трансплантация печени от трупного донора (2015г), после которой не удалось ликвидировать панцитопенический синдром, поэтому вторым этапом была выполнена спленэктомия (2016г). Данные методы терапии привели к улучшению состояния пациента, нормализации показателей крови, повышению качества жизни.

Однако пожизненная иммуносупрессивная терапия привела к прогрессированию бронхолегочного процесса с развитием аспергиллеза легких (2017г). В период с 2019 по 2022 год отмечалось два эпизода резкого повышения уровня ферментов цитолиза, изменения показателей токралимуса в крови, которые потребовали значимой коррекции терапии.

По данным на 17.11.22: Признаки острого клеточного и антителоопосредованного отторжения трансплантата отсутствуют.

Выводы: Проблема развития мультилобулярного цирроза печени с портальной гипертензией при МВ требует ранней диагностики и адекватной терапии, так как ассоциирована с качеством и продолжительностью жизни. Высокая вероятность развития цирроза печени требует регулярного исследования биохимического анализа крови и коагулограммы у пациентов с МВ. Ценностью данного клинического случая является демонстрация возможности увеличения медианы выживаемости и повышения качества жизни пациентов с МВ и его осложнениями при своевременном проведении трансплантации печени и спленэктомии.