

Многие антибиотики, кроме известного благоприятного эффекта, могут негативно влиять на растущий организм ребенка, оказывая отрицательное воздействие на органы или системы, нарушая их работу или всего организма в целом, порой приводя к летальному исходу. Но это происходит только у пациентов с явными факторами риска развития определенных побочных эффектов. Поэтому, при назначении препаратов необходимо учитывать особенности детского организма, что крайне важно знать врачу-педиатру.

Список литературы:

1. Захарова И.Н. Нежелательные эффекты антибактериальной терапии в педиатрической практике / И.Н. Захарова, Н.Г. Сугян, И.В. Бережная // Медицинский совет. – 2018. – №2. – С.194-199
2. Зверев В.В. Медицинская микробиология, вирусология и иммунология – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с.
3. Кукес В.Г. Клиническая фармакология и фармакотерапия: учеб. пособие / Под ред. В. Г. Кукеса, А. К. Стародубцева. – 3-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 832 с.
4. Савенкова М.С. Цефалоспорины: история вопроса, классификация, показания к применению парентеральных и пероральных форм. / М.С. Савенкова // Consilium Medicum. Педиатрия. – 2012. – № 4. – С.56-60
5. Синопальников А.И. Безопасность макролидных антибиотиков: критический анализ / А.И. Синопальников, И.В. Андреева, О.У. Стецюк // Клиническая медицина. – 2012. - №3. – С. 23-30
6. Davies E.C. Adverse drug reactions in hospital in-patients: a pilot study / E.C. Davies, C.F. Green, D.R. Mottram et al. // J. Clin. Pharm. Ther. – 2006. – Vol. 31, N 4. – P.335–341
7. Guo D. The cardiotoxicity of macrolides: a systematic review/ D.Guo, Y.Cai, D. Chai et al. // Pharmazie. – 2010. – Vol. 65, N 9. – P. 631–640
8. Lazarou J. Incidence of Adverse Drug Reaction in Hospitalized Patients: A Meta-analysis of Prospective Studies. / J. Lazarou, B. Pomeranz, P. Corey // JAMA. – 1998. – № 279. – P.1200–1205

УДК 616.831-006

**Пахомов А.П., Савельева Е.В.
ПРИБРЕТЕННЫЙ ГИПОПИТУИТАРИЗМ У РЕБЕНКА С
ВТОРИЧНЫМ ГИПОКОРТИЦИЗМОМ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ИНТРА-
ЭКСТРАВЕНТРИКУЛЯРНОЙ (СТЕБЕЛЬНОЙ)
КРАНИОФАРИНГЕОМЫ**

Кафедра факультетской педиатрии
Оренбургский государственный медицинский университет
Оренбург, Российская Федерация

Pakhomov A.P., Savelyeva E.V.

ACQUIRED HYPOPITUITARISM IN A CHILD WITH SECONDARY HYPOCORTICISM AFTER REMOVAL OF INTRA-EXTRAVENTRICULAR (STEM) CRANIOPHARYNGEOMA

Department of faculty pediatrics
Orenburg State Medical University
Orenburg, Russian Federation

E-mail: an.pakhomov@bk.ru

Аннотация. В данной статье представлен случай манифестации приобретенного гипопитуитаризма (СТГ-дефицит, вторичный гипокортицизм, вторичный гипотиреоз, несахарный диабет), сопровождающегося морбидным ожирением и его осложнениями: инсулинорезистентностью, нарушением толерантности к глюкозе, дислипидемией, вторичной артериальной гипертензией, неалкогольной жировой болезнью печени, стеатогепатитом, двусторонним эпифизиолизом тазобедренных суставов возникла после удаления интра-экстравентрикулярной краниофарингеомы у ребенка после удаления после удаления интра-экстравентрикулярной (стебельной) краниофарингеомы.

Annotation. This article presents a case of manifestation of acquired hypopituitarism (STH deficiency, secondary hypocorticism, secondary hypothyroidism, diabetes insipidus), accompanied by morbid obesity and its complications: insulin resistance, impaired glucose tolerance, dyslipidemia, secondary arterial hypertension, non-hypertension, and bilateral epiphysiolysis of the hip joints occurred after removal of the intra-extraventricular craniopharyngeoma in a child after removal after removal of the intra-ekstraventrikulyarnoy (after beating) kraniofaringeomy.

Ключевые слова: гипопитуитаризм, краниофарингеома, гипокортицизм.

Key words: hypopituitarism, craniopharyngeoma, hypocorticism.

Введение

Краниофарингиомы (К.) – врожденные доброкачественные опухоли эмбрионального происхождения. Наиболее часто встречающаяся опухоль хиазмально-селлярной области. По локализации краниофарингиомы делят на эндо(эндосупра)селлярные, стебельные (супраселлярные) и вентрикулярные. Они характеризуются наличием кистозного и солидного компонентов. Кисты могут формироваться вследствие центральных дегенеративных изменений остатков эпителиальных клеток, стромальных дегенераций или накопления сквамозных эпителиальных клеток [2].

До 30-50% всех случаев болезни (при общей частоте 0,5-2 новых случая на 1 млн населения в год) наблюдаются в детском и подростковом возрасте: пик заболеваемости приходится на возраст 5-14 лет (преобладает

адамантиноподобная краниофарингиома по гистологическому типу с формированием кист) [4].

Прогноз во многом определяется размерами и локализацией опухоли, а также качеством оказания медицинской помощи. Послеоперационная летальность составляет 5—10%, а 5-летняя выживаемость 55—85% [5]. Согласно различным данным, краниофарингиома рецидивирует в 5—35% случаев. Большинство рецидивов возникают в течение пяти лет после операции.

В клинике К. выделяют четыре основных синдрома: эндокринный, гипертензивно-гидроцефальный, психопатологический и хиазмальный. К эндокринным синдромам относят гипогонадный, несахарный диабет, гипотиреоз, гипокортицизм. Часто гипогонадизм и несахарный диабет являются первыми симптомами К. Гипотиреоз и гипокортицизм носят скрытый характер [1].

Цель исследования – изучить и описать особенности течения приобретенного гипопитуитаризма у ребенка 7 лет после удаления краниофарингеомы.

Материалы и методы исследования

Осмотр пациента, работа с медицинскими картами стационарного больного ф.003/у (прошлые госпитализации) за 2018-2019 гг., наблюдение, анализ научной литературы.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический случай. Пациентка, 7 лет, находилась на стационарном лечении в эндокринологическом отделении ГБУЗ "ОДКБ" с 13.11. по 22.11.2019 г. с диагнозом: Гипопитуитаризм: СТГ-дефицит, вторичный гипокортицизм, вторичный гипотиреоз, несахарный диабет. Состояние после удаления интра-экстравентрикулярной (стебельной) краниофарингеомы от 27.07.2017. Морбидное ожирение (SDS ИМТ >4,0). Нарушение толерантности к глюкозе. Инсулинорезистентность. Вторичная артериальная гипертензия, стабильная, 2 степени. Врожденный порок сердца - межпредсердное сообщение. ОУ частичная атрофия зрительного нерва, нисходящая. Неалкогольная жировая болезнь печени. Стеатогепатит. Функциональная диспепсия: абдоминальный болевой синдром. Функциональная диарея. Синдром мальабсорбции? Двусторонний эпифизиолиз тазобедренных суставов.

Жалобы при поступлении: на избыточный вес (прибавляет в весе +1,2-2 кг. в месяц), повышенный аппетит, раздражительность, утомляемость, боли в ногах, одышку при незначительной физической нагрузке, головные боли, повышение АД до 130/110 мм. рт. ст.

Больна с июня 2017 года. По данным МРТ головного мозга – выявлено новообразование. 27.07.2017 г в ФГАУ «ННПЦ им. Бурденко» проведена операция – удаление интраэкстравентрикулярной (стебельковой) краниофарингеомы (транскаллезный доступ слева) с МЕРмониторингом. В послеоперационном периоде наблюдались явления диэнцефальной

симптоматики, нейроэндокринные расстройства (несахарный диабет, гипопитуитаризм). Пациентка получала заместительную гормональную терапию (Л-тироксин, кортефом), минирином, проводился учет водно-электролитного баланса.

В настоящее время получает Антика Рапид (десмопрессин) по 60 мг х 3 раза в день, L-тироксин 100 мкг до 30-40 мин до завтрака ежедневно, кортеф по 5 мг х 2 раза в день (09:00 ч и 16:00 ч), метформин по 500 мг х 3 раза в день. Эналаприл по 2,5 мг 1 раз в день (в обед) курсами? по 1 месяцу, в настоящее время не принимают. За последние 4 месяца прибавила 7,5 кг (за последние 7 месяцев + 17 кг), в росте за 4 месяца +4 см. Наросла одышка, усилились затруднения при передвижении.

Клиническое обследование: Общее состояние: средней тяжести. Телосложение: гиперстеническое, непропорциональное. Кожные покровы: обычной окраски, умеренной влажности. Подкожно- жировой слой развит избыточно, распределен равномерно. Толщина подкожно-жировой складки на животе 10-12 см. Аппетит повышен. Мочеиспускание свободное, безболезненное, до 10 раз в сутки. Утомляемость. Раздражительность. Возраст 7 лет 7 мес. Масса 76,0 кг. Рост 124 см. АД 118/76 мм рт ст. Физическое развитие на 8 лет 0 мес. SDS роста = +0,6. ИМТ = 49,2 кг\м². SDS ИМТ > +4,0. Избыток массы тела 219 %. Площадь поверхности тела = 1,67 м². Щитовидная железа 0 степени увеличения, эластичная. Нарушение функции: нет. Паращитовидные железы. Клинические признаки нарушения функции: нет. Судороги в анамнезе: отрицает. Надпочечники. Клинические признаки нарушения функции: избыточный вес. Наружные половые органы сформировались по женскому, правильно. Половая формула: Ах₀Рb₀Ма₀₋₁Ме₀. Половое развитие по Таннеру I б. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** ФР: избыточная масса тела при нормальном росте. НПП: по возрасту.

Параклиническое обследование:

Общеклинический анализ мочи: удельная плотность 1010 г/л, цвет соломенно-желтый, рН слабощелочная, прозрачная, белок не обнаружен, эпителий плоский 0-1 в поле зрения, лейкоциты 0-1 в поле зрения.

Ацетон мочи – отрицательный, глюкоза 0,1 ммоль/л, уд. вес 1007 г/л.

Газы крови: рН – 7,406 (норма), рСО – 34,8 (снижен), рО₂ – 63,2 (снижен), калий - 4,4 ммоль/л (норма), натрий – 143 ммоль/л (норма), хлор – 112 ммоль/л (повышен), кальций ионизированный – 1,17 ммоль/л (норма), основания НСО₃ – 22,4 ммоль/л, осмоляльность крови – 294,0 ммоль/кг (норма 280-300).

Кортизол крови – 584,0 нмоль/л. ТТГ – 0,0 мкМЕ/мл (норма 0,27-4,2). Т4 своб. – 16,5 пмоль/л (норма 11-22). Инсулин крови – 62,3 мкМЕ/мл (норма 2,6-24,9). Индекс НОМА – 11,4 (норма до 3,5) – инсулинорезистентность.

Гликозилированный гемоглобин – 4,7%.

Гликемический профиль – 8,8-6,0-4,9-8,4-6,3-5,7 ммоль/л.

Гликемия натощак – 5,7 ммоль/л.

Глюкозотолерантный тест: гликемия натощак – 4,4 ммоль/л, через 1 час – 8,6 ммоль/л, через 2 часа – 8,8 ммоль/л. Заключение: нарушение толерантности к глюкозе.

Рентгенография бедренного сустава: Заключение: признаки эпифизеолиза.

ЭХО-КС: Заключение: Полость левого желудочка соответствует морфометрическим показателям. Сократительная способность миокарда сохранена. МПС 5 мм с л-п сбросом крови. ТР 1 ст. МР 0-1 ст.

УЗИ внутренних органов: печень – визуализация практически отсутствует. Эхогенность в видимых сегментах повышена.

УЗИ почек: визуализация отсутствует. Эхогенность не изменена.

УЗИ щитовидной железы и паращитовидных желез: общий объем долей 3,5 см³. Контуры четкие, ровные, структура однородная. Кровоток не усилен. Эхогенность не изменена.

Спирометрия: легкая рестрикция.

Холтеровское мониторирование артериального давления: Заключение: Группа – "Night-Peaker". Стабильная, выраженная артериальная гипертензия в ночные часы.

МРТ головного мозга. Протокол МРТ-исследования: На серии МР-томограмм взвешенных по T1, T2, FLAIR получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга. Состояние после нейрохирургического вмешательства, удаления краниофарингеомы. В субкортикальных отделах теменной области слева, а также в паравентрикулярных отделах слева, небольшие участки кистозно-атрофических, глиозных изменений. Патологического накопления контрастного вещества не выявлено. Мозолистое тело деформировано, в передних отделах истончено. Желудочки в размерах незначительно увеличены, асимметричны, левой боковой деформирован. Хиазмально-селлярная цистерна расширена. Ткань гипофиза без явных очаговых изменений МР-сигнала. Зрительные нервы симметричны, не расширены. Ретробульбарная клетчатка без структурных изменений, в ее проекции дополнительных образований не выявлено. Мышцы с обеих сторон в размерах не увеличены, симметричны.

Проведено лечение: Режим 2, стол 8, (1500 ккал в сутки; распределение суточного калоража – завтрак 20-25%, обед 25-30%, ужин 20-25%, 2 завтрак 10-15%, полдник и 2 ужин 5-10%. Углеводы 50-60%, белки 15-20%, жиры 25-30%). Антикава Рапид (десмопроессин) (2,4 мкг/кг/сут), кортеф (6,0 мг/м²/сут, 0,13 мг/кг/сут), L- тироксин (1,3 мкг/кг/сут), метформин по 500 мг x 3 раза в день, физлечение.

Выводы

Манифестация приобретенного гипопитуитаризма (СТГ-дефицит, вторичный гипокортицизм, вторичный гипотиреоз, несахарный диабет), сопровождающегося морбидным ожирением и его осложнениями: инсулинорезистентностью, нарушением толерантности к глюкозе,

дислипидемией, вторичной артериальной гипертензией, неалкогольной жировой болезнью печени, стеатогепатитом, двусторонним эпифизиолизом тазобедренных суставов возникла после удаления интра-экстравентрикулярной краниофарингеомы.

Список литературы:

1. Воронцова М.В. Гипопитуитаризм у детей и подростков // МС. – 2019. – №2
2. Глушкова О.В., Чистякова С.В., Репинская И.Н., Халилова Э.Э. Послеоперационный пангипопитуитаризм после хирургического лечения краниофарингиомы. Клинический случай // ТМБВ. – 2016. – №1
3. Гринберг М. Краниофарингиома // Нейрохирургия. — М.: МЕДпресс-информ, 2010. – С. 474-476. – 1008 с.
4. Дзеранова Л. К., Пигарова Е. А., Петрова Д. В. Объемные образования гипоталамической области и нарушения центральной регуляции гомеостаза // Ожирение и метаболизм. – 2014. – №3
5. Ильина Е.Ю., Стребкова Н. А., Кузнецова Э. С., Петеркова В. А. Краниофарингиомы у детей и подростков: диагностика и лечение // ВСП. – 2011. – №6

УДК 94 (618)

Павлова В.Н., Зеленцова В.Л.

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ НЕОНАТОЛОГИИ

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета
Уральский государственный медицинский университет
Екатеринбург, Российская Федерация

Pavlova V.N., Zelentsova V.L.

THE FORMATION OF NATIVE NEONATOLOGY

Department of Children's Diseases
Ural State Medical University
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: vitalinapavlova@mail.ru

Аннотация. В статье предпринимается попытка собрать воедино разрозненную информацию о развитии отечественной неонатологии, так как сведения в различных источниках по данному вопросу довольно разрозненны и скупы.

Annotation. The article attempts to gather together scattered information about the formation of domestic neonatology, since the information in different sources on this issue is very scattered and stingy.

Ключевые слова: неонатология, родоразрешение, новорожденные,