

4. Сорокина А.В. Гигиеническая оценка фактического питания детей школьного возраста как фактора риска формирования морфофункциональных отклонений/ Сорокина А.В., Гигуз Т.Л., Поляков Н.Д.// Гигиена питания. – Т 286. - №1. – С.27-29.

5. Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.5.2409-08 “Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания обучающихся в общеобразовательных учреждениях, учреждениях начального и среднего профессионального образования” (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 23 июля 2008 г. N 45). С изменениями и дополнениями от: 25 марта 2019 г.

### **Сведения об авторах**

А. В. Белькова - студент

М. В. Белькова - студент

В. Л. Зеленцова - доктор медицинских наук, профессор

### **Information about the authors**

A. V. Belkova– student

M. V. Belkova– student

V. L. Zelentsova– Doctor of Science (Medicine), Professor

УДК: 616-006.311

### **КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ «ИНФАНТИЛЬНОЙ» ГЕМАНГИОМЫ: МАРШРУТИЗАЦИЯ, ТАКТИКА, МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ.**

Артём Андреевич Беляев<sup>1</sup>, Юлия Александровна Трунова<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup>Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Минздрава России, Екатеринбург, Россия

<sup>1</sup>andron00740@rambler.ru

### **Аннотация**

**Введение.** Разработка новых подходов к терапии младенческой («инфантической») гемангиомы приводит к изменению маршрутизации пациентов и тактики наблюдения. **Цель исследования** – демонстрация клинического случая «инфантической» гемангиомы, маршрутизации пациента и выбора метода терапии. **Материалы и методы.** Ретроспективный анализ истории болезни пациента, наблюдающегося в ГДКЦ ДГКБ №11. **Результаты.** В статье приведён обзор клинического случая ребенка с младенческой гемангиомой, подбор метода лечения, маршрутизация. **Обсуждение.** Консервативное медикаментозное лечение гемангиом у детей должно проводиться своевременно, с учетом максимально эффективного «терапевтического окна» Применение фармакотерапии сопряжено с определенными рисками, требует предварительного комплексного обследования и тщательного наблюдения во время проведения лечения. **Выводы.** Пациент получил своевременную адекватную терапию, полностью

соответствующую современным медицинским тенденциям и является наглядным примером правильной маршрутизации и тактики ведения.

**Ключевые слова:** «инфантильная» гемангиома, маршрутизация, консервативное лечение.

## CLINICAL CASE OF «INFANTILE» HEMANGIOMA: ROUTING, TACTICS, METHOD OF TREATMENT

Artem A. Belyaev<sup>1</sup>, Yuliya A. Trunova<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup>Department of outpatient pediatrics and pediatric postgraduating training "Ural state medical university", Yekaterinburg, Russian Federation

<sup>1</sup>andron00740@rambler.ru

### Abstract

**Introduction.** The development of new approaches to the management of "infantile" hemangioma leads to a change in patient routing and treatment tactics. **The aim of study** – demonstration of a clinical case of "infantile" hemangioma, patient routing and choice of therapy. **Materials and methods.** Retrospective analysis of the medical history of a patient observed in the Children's Clinical Hospital No. 11. **Results.** The article provides an overview of the clinical case of infantile hemangioma, the selection of a treatment method and routing. **Discussion.** Conservative drug treatment of hemangiomas in children should be carried out in a timely manner, taking into account the most effective period. Pharmacotherapy of hemangiomas is associated with certain risks and requires a preliminary comprehensive examination and monitoring during treatment. **Conclusions.** The patient received appropriate therapy on time, consistent with modern medical trends and is an example of the correct routing and tactics of patient management.

**Keywords:** «infantile» hemangioma, routing, conservative treatment.

### ВВЕДЕНИЕ

Младенческая («инфантильная») гемангиома (infantile hemangioma) – это доброкачественная сосудистая опухоль, которая развивается из эндотелиальной ткани. Данный вид гемангиом, как правило, появляется в течение первого месяца жизни, в редких случаях ребёнок рождается с ней. В первые недели жизни ребёнка начинается активный рост опухоли и продолжается до 5-6 месяцев, однако может длиться и до 9-12 месяцев. Затем наступает период плато, или стабилизация роста, после чего начинается период инволюции (обратное развитие гемангиомы), который может занимать годы [1].

Гемангиома новорожденных встречается в 1,1-2,6 % случаев. По другим данным в 4-10 %. Отмечается преимущественно у девочек, недоношенных и маловесных детей [2].

Несмотря на повышенный интерес к проблеме «инфантильных» гемангиом, специалисты по-прежнему испытывают определенные сложности в выборе оптимального метода лечения. В случаях быстрого роста и критических локализаций (область лица, околоушная область, половые органы и др.) выжидательная тактика или неадекватное лечение могут привести к развитию тяжелых косметических дефектов и даже к возникновению критических

состояний. Поэтому вопросы лечения «инфантильных» гемангиом остаются крайне актуальными, а смещение подходов к коррекции в сторону консервативной медикаментозной терапии привело к изменению маршрутизации пациентов.

**Цель исследования** – демонстрация клинического случая «инфантильной» гемангиомы, маршрутизации пациента и выбора метода лечения.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**

Проведен ретроспективно-проспективный анализ истории болезни ребенка с младенческой гемангиомой, наблюдающегося в Городском детском кардиоревматологическом центре (ГДКЦ) детской городской клинической больницы №11 (ДГКБ №11) г. Екатеринбург.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ**

Пациент К., проживающий в Свердловской области, в возрасте 1,5 месяца поступил в дневной стационар кардиологического профиля ДГКБ №11 в плановом порядке по направлению детского хирурга для назначения медикаментозного лечения «инфантильной» гемангиомы.

Из анамнеза заболевания: сосудистое образование вишневого цвета в лобно-теменной области слева с переходом на верхнее и нижнее веко с захватом скуловой области, возвышающееся над поверхностью кожи у ребенка выявлено с рождения. Ребенок был выписан из роддома на 5-е сутки под наблюдение участкового педиатра с диагнозом ВПР сосудов – ангиодисплазия (гемангиома?) в области левой половины лица, волосистой части головы. В динамике образование стало более ярким. В месячном возрасте ребенок был направлен из районной поликлиники на консультацию в г. Екатеринбург к челюстно-лицевому хирургу в Многопрофильный клинический медицинский центр «БОНУМ», по результатам осмотра установлен диагноз: Ангиодисплазия левой половины лица. 15.11.21 после осмотра детского хирурга Областной детской клинической больницы (ОДКБ) проведена КТ лицевого скелета с контрастированием: в мягких тканях левой половины лица выявлено мягкотканное образование 61\*8,7\*26,6 мм с распространением в полость левой глазницы, интенсивно накапливающее контраст. Ребенку установлен диагноз: «Инфантильная» гемангиома мягких тканей левой половины лица. Принято решение о консервативном лечении. Ребенок был направлен для обследования и назначения медикаментозной терапии анаприлином (МНН: пропранолол) в дневной стационар кардиологического профиля ДГКБ №11.

Во время пребывания в дневном стационаре проведены необходимые исследования, согласно принятому протоколу: ЭКГ, ЭхоКГ, холтеровское мониторирование ЭКГ (ХМ ЭКГ), общий анализ крови (ОАК), общий анализ мочи (ОАМ), биохимический анализ крови. Патологических отклонений от нормальных значений не выявлено. Ребёнку был назначен препарат из группы β-адреноблокаторов – анаприлин в дозе 1,5 мг/кг/сут. в 3 приема, применяющийся для консервативного лечения младенческих гемангиом. Назначение и титрование дозы проводилось детским кардиологом под контролем ЭКГ, ОАК, биохимических показателей крови. Каких-либо

значимых побочных эффектов у нашего пациента выявлено не было. На 29.03.2022 достигнут выраженный клинический эффект - гемангиома бледно-розовая, не выступает над поверхностью кожи, в 2 раза уменьшилась площадь, при УЗИ-контроле кровотока по сосудам не выявлено. Ребенку предстоит дальнейшее наблюдение педиатра, детского хирурга, детского кардиолога до отмены медикаментозной терапии, контроль ЭКГ, лабораторных показателей.

### **ОБСУЖДЕНИЕ**

Задача врача-педиатра участкового – как можно раньше диагностировать гемангиому, убедиться в течение первого месяца в ее росте. При выявлении сразу после рождения образования небольших размеров, не увеличивающегося с течением времени, оно может быть расценено как быстрорегрессирующая гемангиома, что требует только динамического наблюдения. В ситуации появления гемангиомы в течение первого месяца после рождения и стабильного увеличения в размерах, участковому врачу-педиатру необходимо направить ребенка на консультацию к хирургу. Задача детского хирурга – идентифицировать образование как «инфантильную» гемангиому и выбрать оптимальный метод лечения.

Основными направлениями лечения инфантильных гемангиом являются системное воздействие на ангиогенез и локальное воздействие на опухолевую ткань. Системная фармакологическая терапия на сегодняшний день осуществляется  $\beta$ -блокаторами. Кортикостероиды, рекомбинантные интерфероны, цитостатики могут использоваться в самом крайнем случае. К локальным методам относятся оперативное удаление, криотерапия, электрокоагуляция, склерозирующая терапия, лазерная деструкция, рентгенотерапия, эмболизация питающих сосудов, компрессионная терапия [2]. Хирургическое лечение может приводить к большому косметическому ущербу, поэтому правильная медикаментозная терапия является приоритетной. При определении показаний к консервативному лечению ребенок должен быть направлен к детскому кардиологу [3].

Задачей детского кардиолога является проведение обследования ребенка с последующим назначением терапии  $\beta$ -адреноблокатором, которое должно проводиться в условиях специализированного детского кардиологического отделения круглосуточного или дневного пребывания. Предварительное комплексное обследование ССС и оценка лабораторных показателей необходимы для выявления возможных противопоказаний к назначению медикаментозного лечения: брадиаритмий, нарушений сердечной проводимости, отклонений функций печени и почек [1]. Для оценки эффективности и коррекции терапии ежемесячно назначается амбулаторное посещение детского кардиолога с контролем ЭКГ и перерасчётом дозировки на новую массу тела, с учётом электрокардиографических изменений. Максимальная эффективность лечения отмечается в первые 4-6 месяцев жизни ребёнка – так называемое «терапевтическое окно». Лечение назначается длительное, в зависимости от эффекта, на 6-18 месяцев до полного регресса гемангиомы, т.к. имеются опубликованные данные о случаях рецидивов при преждевременном завершении («ребаунд-синдром») [3].

В вопросах фармакологической терапии «инфантильной» гемангиомы существует ряд сложностей. Пропранолол назначается в дозировке 1,5-2 мг/кг/сут. в 3-4 приёма. В Российской Федерации пропранолол выпускается в таблетированной форме в минимальной дозировке 10 мг, а в инструкции к препарату в показаниях к назначению лечение младенческих гемангиом отсутствует, соответственно применение этого фармакологического средства у детей с гемангиомами будет «off label». Также для лечения данной патологии существует форма пропранолола в виде сиропа, удобная для использования у детей и созданная специально для терапии гемангиом, однако данный препарат не входит в перечень ЖНВЛС и в связи с дороговизной используется редко. Кроме того, на фоне лечения у пациента могут развиваться нежелательные и побочные эффекты, заключающиеся в негативном дромо-, хроно-, инотропном и батмотропном действии, из-за чего снижается АД и урежается ЧСС, что может приводить к жизнеугрожающим состояниям. Кроме того, на фоне применения пропранолола, при употреблении препарата натошак, возможно развитие гипогликемического состояния, вплоть до гипогликемической комы. Именно поэтому назначение данной терапии происходит под наблюдением, в условиях стационара.

### **ВЫВОДЫ**

1. В описываемом клиническом случае пациент получил своевременную адекватную терапию, полностью соответствующую современным медицинским тенденциям и является наглядным примером правильной маршрутизации и тактики ведения.

2. При подозрении на гемангиому после рождения ребёнка необходима консультация хирурга, фармакологическую терапию назначает детский кардиолог после обследования ССС.

3. Максимальная эффективность лечения гемангиомы отмечается в первые 4-6 месяцев жизни ребёнка, поэтому за первый месяц необходимо определиться с методом лечения.

4. Выбор метода лечения должен отдаваться в пользу фармакологической терапии в связи с её эффективностью и отсутствием косметических дефектов, как после хирургического лечения.

5. Фармакологическая терапия младенческих гемангиом проводится  $\beta$ -адреноблокаторами, преимущественно пропранололом. Лечение длительное и требует коррекции дозы не реже 1 раза в месяц, с учетом веса ребенка.

### **СПИСОК ИСТОЧНИКОВ**

1. ГЕМАНГИОМА. Вопросы и ответы. Версия без иллюстраций / Брылеева А.А., Сафин Д.В., Романов Д.В. // Издательские решения - 2020. – 32 с.
2. Российская ассоциация детских хирургов "ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ" Проект согласительного документа / Поляев Ю.А., Мьльников А.А., Абушкин И.А., Гарбузов Р.В. и др. // Детская Хирургия - 2020. - №24 – С.142-156.
3. Что нужно знать педиатру о младенческих гемангиомах / Захарова И.Н., Котлукова Н.П., Рогинский В.В., Соколов Ю.Ю., Зайцева О.В., Майкова И.Д.,

Идрисова Г.Р., Пшеничникова И.И. // Медицинский совет - 2016. - №16 – С. 32-37.

4. К вопросам клиники, диагностики и лечения сосудистых опухолей челюстно-лицевой области, шеи и свода черепа / Базаров Н.И., Химомов Ф.А., Абдулкохир Кодир, Косымов М.М., Храйхонов Ф.Х., Щиязов И.К. // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана - 2018. - №2 - С 256-264.

5. Младенческая гемангиома: классификация, клиническая картина и методы коррекции / Шептий О.В., Круглова Л.С. // Российский журнал кожных и венерических болезней - 2016. - №19 - С 178-183

6. Гемангиомы у детей: современные тенденции и перспективные направления лечения / Пащенко Ю.В., Вивчарук В.П., Пащенко К.Ю. // Медицина неотложных состояний - 2011. - №6 - С 13-18

### **Сведения об авторах**

А. А. Беляев – ординатор 1 года обучения по специальности «Детская кардиология» ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

Ю. А. Трунова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России

### **Information about the authors**

A. A. Belyaev – Postgraduate student

Y. A. Trunova – Candidate of Science (Medicine), Associate Professor

УДК: 613.953.1

### **УРОВЕНЬ ВИТАМИНА Д У ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ**

Елена Максимовна Белянина<sup>1</sup>, Елена Валентиновна Сафина<sup>2</sup>

<sup>1-2</sup>Уральский государственный медицинский университет г. Екатеринбург, Российская Федерация

Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета Уральский государственный медицинский университет

Екатеринбург, Российская Федерация

<sup>1</sup>belyanina.l06@gmail.com

### **Аннотация**

**Введение.** В настоящее время проблема недостатка витамина Д актуальна, особенно у детей с ожирением, поскольку имеет ряд особенностей в течении и лечении патологии. **Цель исследования** — изучить параметры жирового обмена в зависимости от уровня витамина Д. **Материалы и методы.**

Проведено ретроспективное исследование с участием 45 девочек-подростков, изучаемый контингент детей был разделен на две группы в зависимости от уровня витамина Д. Нами оценивались параметры веса, окружности живота, а также уровень инсулина, ферритина и витамина В12. **Результаты и**

**обсуждение.** Дети с низким значением витамина Д имели ожирение различных степеней и низким содержанием ферритина, витамина В12, тогда как уровень инсулина был высоким, что говорит о мультисистемном патологическом