

DOI: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-277-283

Поздняя диагностика инородного тела бронха у подростка 14 лет

Т.А. Бокова^{1,2}, Е.С. Вакурова¹, А.Н. Вербовский¹, А.С. Бевз¹, А.Р. Теминдаров¹, О.А. Бокова¹¹ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, Москва, Россия²РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия

РЕЗЮМЕ

Представлено описание клинического наблюдения поздней диагностики инородного тела бронха у девочки-подростка 14 лет. Неспецифичность клинической картины и предъявляемых жалоб, отсутствие настороженности специалистов первичного звена стали причиной несвоевременной диагностики, ведения подростка под маской других диагнозов (пневмония, острый трахеит, бронхит, абсцесс легкого, подозрение на тубинфицированность) и обусловленного этим необоснованного назначения повторных курсов антибиотикотерапии, неоднократного рентгенологического исследования. Бронхоскопия, которая позволила установить окончательный диагноз и удалить инородное тело из бронха, была проведена только через 9 мес. от момента появления жалоб и развития клинической симптоматики. В статье представлены все этапы диагностического поиска как при амбулаторном наблюдении, так и в условиях стационара. Отмечена важность тщательного сбора анамнеза, позволившего заподозрить попадание инородного тела в дыхательные пути. Описана тактика проведения бронхоскопии — основного диагностического и лечебного метода, позволяющего выявить и удалить инородное тело из дыхательных путей. Последовательность и четкость проведения манипуляции позволили выполнить все этапы в полном объеме и без осложнений, обеспечить купирование всех клинических симптомов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инородное тело, дети, трахеобронхиальное дерево, бронхоскопия, лаваж.**ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:** Бокова Т.А., Вакурова Е.С., Вербовский А.Н. и др. Поздняя диагностика инородного тела бронха у подростка 14 лет. РМЖ. Мать и дитя. 2022;5(3):277–283. DOI: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-277-283.

Late diagnosis of bronchial foreign body aspiration in a 14-year-old teenager

Т.А. Bokova^{1,2}, E.S. Vakurova¹, A.N. Verbovsky¹, A.S. Bevz¹, A.R. Temendarov¹, O.A. Bokova¹¹M.F. Vladimirovskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute, Moscow, Russian Federation²Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

ABSTRACT

The article describes a clinical case of late-diagnosed bronchial foreign body aspiration in a 14-year-old girl. The unusual clinical course and patient's complaints, the lack of primary care physicians' awareness caused the diagnostic delay and underpinned the initial misdiagnosis (pneumonia, acute tracheitis, bronchitis, lung abscess, TB-infection suspicion). The diagnostic errors led to the improper case management and the unjustified administration of repeated courses of antibiotics, and multiple X-ray examinations. Bronchoscopy which helped to make the final diagnosis and allowed removing the foreign body from the bronchus, was performed only nine months after the onset of clinical symptoms and patient's complaints. The article is discussing all stages of diagnostic process, both during outpatient follow-up and in hospital settings. The emphasis is put on the importance of collecting patient's health history which led to the suspicion for an airway foreign body. The bronchoscopy tactics are described as the main diagnostic and therapeutic method for identifying and removing a foreign body from the respiratory tract. Based on the appropriate sequence of steps and the accuracy of manipulation, all bronchoscopy stages were completed without complications, and all clinical symptoms relieved.

KEYWORDS: foreign body, children, tracheobronchial tree, bronchoscopy, lavage.**FOR CITATION:** Bokova T.A., Vakurova E.S., Verbovsky A.N. et al. Late diagnosis of bronchial foreign body aspiration in a 14-year-old teenager. Russian Journal of Woman and Child Health. 2022;5(3):277–283 (in Russ.). DOI: 10.32364/2618-8430-2022-5-3-277-283.

ВВЕДЕНИЕ

Попадание инородных тел (ИТ) в дыхательные пути — актуальная проблема детского возраста. Наиболее часто ИТ аспирируют дети младшей возрастной группы (первых 5 лет жизни) [1]. Именно в этом возрасте познание мира происходит за счет включения всех органов чувств, включая органы обоняния и вкуса. Другой причиной аспирации могут быть нарушения пищевого поведения — на-

сильственное кормление или еда на ходу, разговор, плач, смех, испуг во время приема пищи и пр. Как правило, в дыхательные пути попадают предметы с гладкой поверхностью (пластмассовые или металлические детали игрушек, конструктора, пуговицы, мини-батарейки, косточки, семечки и пр.) или шероховатые, цепляющиеся за слизистую (колоски растений). Возможно попадание содержимого из желудочно-кишечного тракта при регургитации.

При этом тяжесть клинических проявлений и прогноз аспирации ИТ определяются размером, формой, природой ИТ и уровнем локализации в дыхательных путях. В момент прохождения ИТ через гортань и трахею отмечается развитие острых респираторных нарушений, когда внезапно среди полного здоровья возникает приступ удушья, сопровождающийся судорожным кашлем, цианозом кожных покровов. При крупных размерах ИТ возможна моментальная смерть вследствие асфиксии. При перемещении ИТ ниже в бронх выраженность клинических проявлений уменьшается, но именно в этих случаях диагностика данного состояния становится наиболее затруднительной, а развитие осложнений — наиболее вероятным. Частыми осложнениями длительного нахождения ИТ в бронхе являются: кровотечения, перфорации стенки, бронхит (острый, хронический), затянувшаяся пневмония, ателектаз, абсцесс легкого и др. [2]. Именно поэтому важно как можно в более ранние сроки установить правильный диагноз, а для этого в диагностический поиск включать: тщательный сбор анамнеза, анализ доступной медицинской документации и ранее проведенных обследований, использовать дополнительные методы исследования, среди которых основными являются фибробронхоскопия, рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки.

Неспецифичность симптоматики и трудности ранней диагностики ИТ дыхательных путей демонстрирует представленное ниже клиническое наблюдение.

КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Девочка П., 14 лет, поступила в педиатрическое отделение 15.03.2022 с жалобами на длительно сохраняющийся кашель. Ранний анамнез без особенностей. Наследственность отягощена по обменным заболеваниям (у матери и бабушки по материнской линии — ожирение, сахарный диабет 2 типа, артериальная гипертензия). Аллергоanamнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ 1–2 раза в год. С сентября 2021 г. наблюдается пульмонологом (с июня 2021 г. трижды перенесла пневмонию; бронхит, затяжное течение). С марта 2022 г. состоит на учете в противотуберкулезном диспансере по поводу плевропневмонии S10 нижней доли правого легкого, абсцесса S10 правого легкого.

Согласно анамнестическим данным в конце июня 2021 г. у девочки на фоне полного здоровья были отмечены подъем температуры тела до фебрильных цифр, свистящее дыхание, малопродуктивный кашель. Педиатром выставлен диагноз ОРВИ. Амбулаторно получала лечение с применением отхаркивающей и антибактериальной (азитромицин) терапии. В связи с сохраняющимися жалобами на кашель 05.07.2021 выполнена КТ органов грудной клетки — выявлены признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии. Назначен курс антибактериальной терапии (амоксциллин) на 10 дней. В дальнейшем проводился контроль рентгенографической картины органов грудной клетки: 16.07.2021 — течение правосторонней нижнедолевой пневмонии; 30.07.2021 — разрешившаяся правосторонняя пневмония. Однако кашель сохранялся как в течение дня, так и в ночное время, в связи с чем 30.09.2021 семья обратилась к пульмонологу. Специалистом установлен диагноз: «Острый трахеит». Назначена терапия флуимуцилом (ингаляционно), препаратом с муколитическим, отхаркивающим и бронхолитическим действием (бромгексина гидро-

хлорид + гвайфенезин + сальбутамола сульфат), повторным курсом антибиотика (азитромицин). На фоне проводимого лечения существенной динамики клинических симптомов отмечено не было, сохранялся малопродуктивный, со скудной слизисто-гнойной мокротой кашель, нечастый, неприспособленный (данные лабораторных и физикальных обследований не представлены).

При повторном обращении к пульмонологу 25.11.2021 выставлен диагноз: «Острый бронхит, затяжное течение». Назначены вильпрафен солидотаб (курс 7 дней), ацетилцистеин, флуконазол. На фоне терапии кашель сохранялся (преимущественно после сна и при смене температуры — приход с улицы в теплое помещение). Проведено амбулаторное обследование: иммуноферментный анализ от 02.12.2021 на хламидиоз (IgG и IgM) — результат отрицательный, на микоплазмоз IgG 0,81 (0,8–1,1 — результат сомнительный), IgM — результат отрицательный. Рекомендован курс физиотерапии.

В связи с сохраняющимися жалобами на малопродуктивный кашель с мокротой, окрашенной кровью (со слов мамы, примесь алой крови однократно), 15.12.2021 была выполнена КТ органов грудной клетки — выявлены признаки правосторонней нижнедолевой пневмонии. 16.12.2021 девочка госпитализирована в педиатрическое отделение районной больницы. При поступлении в общем анализе крови выявлен лейкоцитоз до 11,6 тыс. Назначена лекарственная терапия: меропенем, кларитромицин, цетиризин, сироп алтея, бифидумбактерин, ингаляции будесонидом, ипратропия бромидом и фенотеролом, а также физиотерапия (данные по конкретным процедурам не представлены). На рентгенограмме органов грудной клетки от 23.12.2021 — картина правосторонней пневмонии в фазе рассасывания. 26.12.2021 девочка выписана с диагнозом: «Острая правосторонняя нижнедолевая пневмония, среднетяжелое течение».

С 24.01.2022 отмечалось ухудшение самочувствия. Вновь появились жалобы на фебрильную лихорадку до 38 °С, слабость, сохраняющийся кашель. Самостоятельно принимала жаропонижающие и отхаркивающие средства, умифеновир. В связи с сохранением жалоб и появлением мокроты, окрашенной алой кровью, одышки при физической нагрузке, 26.01.2022 бригадой скорой медицинской помощи девочка доставлена в инфекционное отделение районной больницы, где до 09.02.2022 находилась с диагнозом: «Коронавирусная инфекция COVID-19 (вирус идентифицирован) средней степени тяжести. Правосторонняя внебольничная пневмония. ДН 0 степени».

В связи с сохраняющимися жалобами на кашель 21.02.2022 самостоятельно обратились в противотуберкулезный диспансер. Проведено дообследование: диаскинтест от 21.02.2022 — результат отрицательный. Данные КТ органов грудной клетки от 01.03.2022 — картина больше соответствует затяжному течению плевропневмонии S10 нижней доли правого легкого. Абсцесс S10 правого легкого в стадии неполной организации? Единичные субсолидные очаги в S9 правого легкого, вероятнее всего, неспецифической поствоспалительной природы (коронавирусной?) (рис. 1). Анализ мокроты на *Mycobacterium tuberculosis* от 22.02.2022 — кислотоустойчивых микобактерий не обнаружено. Ребенок взят на учет с диагнозом: «Плевропневмония S10 нижней доли правого легкого. Абсцесс S10 правого легкого в стадии неполной организации?». Реко-



Рис. 1. КТ-картина затяжного течения плевропневмонии S10 нижней доли правого легкого. Абсцесс S10 правого легкого в стадии неполной организации? Единичные субсолидные очаги в S9 правого легкого

Fig. 1. CT scan of the prolonged course of pleuropneumonia S10 of the lower lobe of the right lung. Abscess S10 of the right lung in the stage of incomplete organization? Individual sub-solid foci in S9 of the right lung

мендовано проведение бронхоскопии с забором диагностического материала, КТ органов грудной клетки с контрастным усилением и назначена повторная консультация врача-пульмонолога.

15.03.2022 ребенок планово госпитализирован в педиатрическое отделение МОНКИ. При тщательном сборе анамнеза установлено, что вышеуказанные жалобы появились в конце июня 2021 г. после того, как девочка, держа во рту колосок травянистого растения, случайно им поперхнулась.

При поступлении в отделение состояние средней тяжести. Девочка астеничного телосложения, пониженного питания. Рост 178 см, масса тела 56 кг. Температура 36,6 °С.

Аускультация легких: дыхание жесткое, проводится равномерно, хрипов нет. Перкуторно определяется ясный легочный звук. SpO₂ 99%. ЧДД 18 в минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. При аускультации тоны сердца ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС 76 в минуту. АД 112/64 мм рт. ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный. Дизурических явлений нет. По результатам обследования РНК SARS-CoV-2 не обнаружено. В общем анализе крови — незначительный относительный моноцитоз и увеличение СОЭ (до 23 мм/ч). Показатели биохимического анализа крови, общего анализа мочи без патологических изменений.

22.03.2022 проведена бронхоскопия, на которой установлена эндоскопическая картина обструкции правого нижнедолевого бронха, двустороннего диффузного катарального бронхита с выраженным гнойным компонентом. Нельзя исключить длительно стоящее ИТ бронха. Проведена санация бронхиального дерева. Взят бронхиальный смыв. Во время исследования отмечалось снижение сатурации, в связи с чем манипуляция была прекращена.

Повторный осмотр проведен 23.03.2022 в условиях операционной через интубационную трубку, в результате которого выявлено ИТ правого нижнедолевого бронха. Обструкция правого нижнедолевого бронха ИТ, двусторонний диффузный катаральный бронхит с выраженным гнойным компонентом в нижней доле справа (рис. 2). Проведено эндоскопическое извлечение ИТ бронха типа «колос», выполнена санация бронхиального дерева (рис. 3).

Послеоперационный период протекал гладко. 28.03.2022 проведена повторная бронхоскопия. Заключение: эндоскопическая картина умеренно выраженного катарального бронхита. На фоне терапии клинические проявления регрессировали. Девочка выписана на 15-е сутки под наблюдение педиатра по месту жительства.

ОБСУЖДЕНИЕ

Удаление ИТ во время бронхоскопии выполняют уже более 100 лет. Именно с этой целью в 1897 г. Густав Киллиан провел первую в мире бронхоскопию жестким эзофагоскопом и назвал метод *бронхоскопией*. ИТ чаще аспирируют дети младшего возраста. В настоящее время бронхоскопия при ИТ трахеи и бронхов является не только диагностической, но и лечебной манипуляцией. При отсутствии рентгенологических данных и четких анамнестических указаний на вероятность аспирации врачи часто отказываются от проведения бронхоскопии, особенно у детей, так как ее выполнение в этом возрасте требует анестезиологического пособия.

Клинические проявления ИТ трахеобронхиального дерева (ТБД) разнообразны и зависят от сроков обращения с момента аспирации и локализации ИТ. При попадании ИТ в трахею возникает выраженный периодический коклюшеподобный кашель. При наличии ИТ в бронхе кашель носит постоянный характер, а при длительном нахождении ИТ в бронхе кашель сопровождается выделением мокроты, что указывает на реактивное воспаление слизистой оболочки бронха. Кроме того, больных с ИТ ТБД беспокоят одышка, боли в грудной клетке, кровохарканье, лихорадка [2].

Существует классификация ИТ дыхательных путей по составу, по локализации, по наличию и виду осложне-

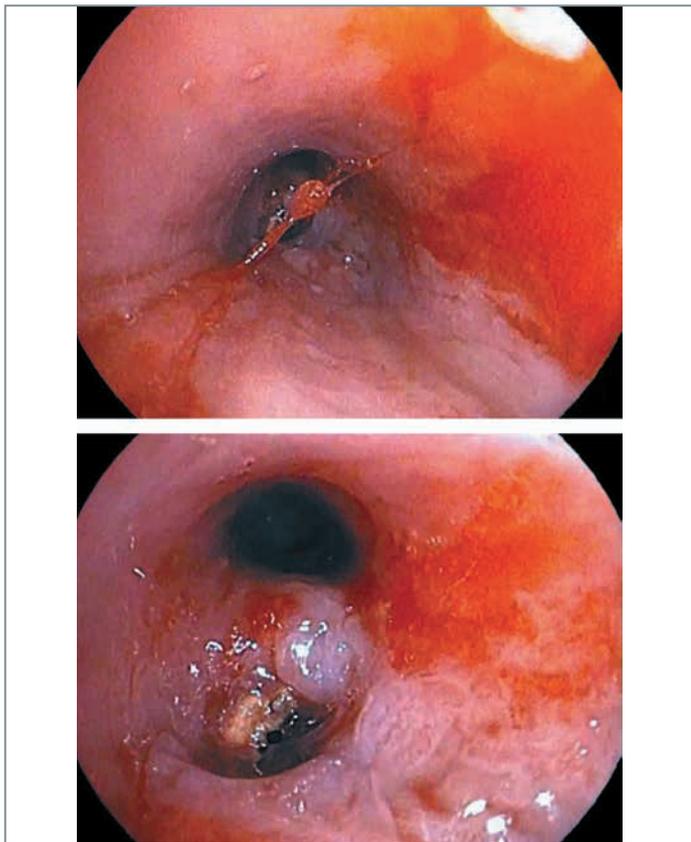


Рис. 2. Эндоскопическая картина инородного тела в просвете бронха

Fig. 2. Endoscopic image of a foreign body in the bronchial lumen

ний [3]. В клинической практике дополнительно различают «недавно аспирированные» ИТ (в течение одной недели) и «давно аспирированные» ИТ (более одной недели). Наиболее опасны ИТ растительного происхождения, так как они, разбухая, суживают просвет бронха вплоть до полной его обтурации.

Различают три вида закупорки бронха ИТ (рис. 4) [4]:

1. Сквозная, или частичная — ИТ меньше внутреннего диаметра бронха. Воздух более или менее свободно проходит мимо ИТ при вдохе и выдохе, и в данном участке легкого не происходит заметных анатомических изменений. Именно данный вид имел место в представленном клиническом наблюдении.
2. Вентильная закупорка — поперечник ИТ меньше диаметра бронха. В таких случаях при вдохе, когда бронх физиологически расширяется, воздушная струя проникает в периферические отделы бронхиального дерева. При выдохе просвет бронха суживается, слизистая оболочка охватывает ИТ, бронх закупоривается, воздух остается в данном участке легочной ткани, развивается обтурационная эмфизема. Однако такой вид закупорки бывает непродолжительным. Нарастающая обтурация вскоре прекращает инспирацию воздуха, и эмфизема переходит в ателектаз легочной ткани.
3. Полная закупорка — размер ИТ соответствует диаметру бронха или набухшая, отечная слизистая оболочка полностью охватывает ИТ. Развивается ателектаз соответствующего участка легочной ткани.



Рис. 3. Извлеченное из бронха инородное тело (колосок)
Fig. 3. A foreign body (spikelet) removed from the bronchus

После обнаружения, оценки размеров и формы ИТ следует правильно выбрать инструмент для его захвата и извлечения.

Наибольшую трудность для диагностики и лечения представляют давно аспирированные ИТ. При бронхоскопии в просвете бронхов в таких случаях отмечается большое количество мутного гнойного содержимого, вокруг ИТ видны множественные грануляции, суживающие просвет бронха и частично или полностью закрывающие ИТ. Бронхоскопия у таких больных должна быть проведена не только для диагностики и удаления ИТ, но и для ликвидации воспалительного процесса в бронхах [5]. В связи с этим во время исследования выполняется лаваж для отмывания гноя и грануляций. В качестве лаважной жидкости может быть использован физиологический раствор. В результате манипуляции отек слизистой оболочки уменьшается, просвет бронха постепенно освобождается от гноя и грануляций, а ИТ становится доступным для захвата экстрактором.

У ребенка в представленном клиническом наблюдении при бронхоскопии в правой половине бронхиального дерева обнаружено большое количество вязкого гнойного содержимого, в связи с чем выполнена санация с эндобронхиальным введением 0,9% раствора NaCl (40,0 мл) и аспирация содержимого. Визуально слизистая оболочка была диффузно гиперемирована, отечна. В правом нижнедолевом бронхе виден проксимальный конец ИТ, окруженный грануляциями розово-красного цвета. Выполнен лаваж с введением физиологического раствора для освобождения ИТ от грануляций. При помощи биопсионных щипцов произведен захват и извлечение ИТ. Последовательность и четкость проведения манипуляции позволили выполнить все этапы в полном объеме и без осложнений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленное клиническое наблюдение демонстрирует сложности своевременной диагностики ИТ бронха у девочки-подростка 14 лет, обусловленные отсутствием тяжелых дыхательных расстройств, течением патологического процесса под маской других респираторных за-

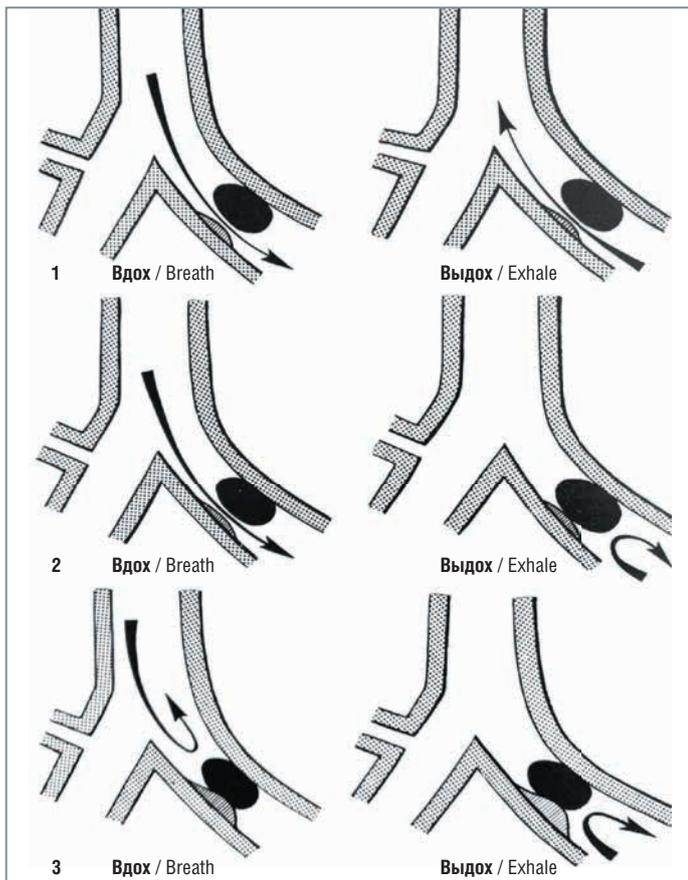


Рис. 4. Виды закупорки бронха инородным телом: 1 — сквозная (частичная) закупорка; 2 — вентильная закупорка; 3 — полная закупорка [4]

Fig. 4. Types of bronchial blockage by a foreign body: 1 — through (partial) blockage; 2 — valve blockage; 3 — complete blockage [4]

болеваний (пневмония, острый трахеит, бронхит, абсцесс легкого и даже подозрение на тубинфицированность). Низкая достоверность по поводу возможной аспирации ИТ, некачественно собранный анамнез стали причиной несвоевременной диагностики и, соответственно, поздней постановки правильного диагноза, необоснованного назначения повторных схем антибактериальной терапии и симптоматических средств, неоднократного проведения рентгенологических методов исследования. Только через 9 мес. от момента появления жалоб и развития клинической симптоматики было проведено эндоскопическое исследование, которое позволило установить окончательный диагноз.

Клиническая картина ИТ ТБД неспецифична и может не проявляться в раннем периоде тяжелыми респираторными нарушениями, что ни в коем случае не должно снижать качество сбора анамнестических данных у детей независимо от возраста. Только своевременная, как можно более ранняя диагностика и адекватная лечебная тактика способствуют снижению полипрагмазии и числа проводимых диагностических манипуляций, риска развития возможных осложнений как самого патологического процесса, так и последствий необоснованной лекарственной терапии.

Удаление ИТ из ТБД — сложная и, часто, длительная процедура, требующая опыта и определенных навыков. При извлечении ИТ из дыхательных путей следует соблюдать алгоритм данной процедуры:

- 1) визуализация ИТ (локализация, форма, степень фиксации, воспалительные изменения слизистой оболочки);
- 2) выбор инструмента для извлечения ИТ;
- 3) извлечение ИТ;
- 4) осмотр слизистой оболочки бронха в зоне фиксации ИТ;
- 5) санационные бронхоскопии для лечения воспалительных изменений.

Литература

1. Козырева Н.О. К проблеме аспирации инородных тел в дыхательные пути у детей. *Фундаментальные исследования*. 2011;9(3):411–415.
2. Свистушкин В.М., Мустафаев Д.М. Иностранные тела в дыхательных путях. *РМЖ*. 2013;33:1681–1687.
3. Чернеховская Н.Е., Федченко Г.Г., Андреев В.Г. и др. Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания. 2-е изд., испр. и доп. М.: МЕДпресс-информ; 2011.
4. Лукомский Г.И., Шулуток М.Л., Виннер М.Г. *Бронхология*. М.: Медицина; 1973.
5. Румянцева Г.Н., Сергеечев С.П., Портенко Ю.Г. и др. Санационная бронхоскопия в лечении абсцессов легких у детей. *Детская хирургия*. 2019;23(1S3):57.

References.

1. Kozyreva N.O. To the problem of aspiration of foreign bodies into the respiratory tract in children. *Fundamentalnyye issledovaniya*. 2011;9(3):411–415 (in Russ.).
2. Svistushkin V.M., Mustafaev D.M. Foreign bodies in the airways. *RMJ*. 2013;33:1681–1687 (in Russ.).
3. Chernekhovskaya N.E., Fedchenko G.G., Andreev V.G. X-ray endoscopic diagnosis of respiratory diseases. 2nd ed. M.: MEDpress-inform; 2011 (in Russ.).
4. Lukomsky G.I., Shulutko M.L., Winner M.G. *Bronchology*. M.: Medicina; 1973 (in Russ.).
5. Rumyantseva G.N., Sergeev S.P., Portenko Yu.G. et al. Sanation bronchoscopy in the treatment of lung abscesses in children. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2019;23(1S3):57 (in Russ.).

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Бокова Татьяна Алексеевна — д.м.н., доцент, руководитель отделения педиатрии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; профессор кафедры педиатрии с инфекционными болезнями у детей ФДПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России; 117437, Россия, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1; ORCID iD 0000-0001-6428-7424.

Вакурова Елена Сергеевна — к.м.н., руководитель отделения эндоскопии, доцент кафедры хирургии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; ORCID iD 0000-0003-1663-6620.

Вербовский Александр Николаевич — заведующий отделением эндоскопии, ассистент кафедры хирургии ФУВ ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; ORCID iD 0000-0002-0831-0973.

Бевз Анна Сергеевна — младший научный сотрудник отделения педиатрии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; ORCID iD 0000-0002-4954-4872.

Теминдаров Аслан Русланович — врач-эндоскопист отделения эндоскопии ГБУЗ МО МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; ORCID iD 0000-0002-8288-0536.

Бокова Ольга Александровна — ординатор кафедры педиатрии ФУВ ГБУЗ МО МОНКИ им. М.Ф. Владимирского; 129110, Россия, г. Москва, ул. Щепкина, д. 61/2; ORCID iD 0000-0001-8131-5853.

Контактная информация: Бокова Татьяна Алексеевна, e-mail: t.bokova@monikiweb.ru.

Прозрачность финансовой деятельности: никто из авторов не имеет финансовой заинтересованности в представленных материалах или методах.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 29.06.2022.

Поступила после рецензирования 22.07.2022.

Принята в печать 16.08.2022.

ABOUT THE AUTHORS:

Tatyana A. Bokova — Dr. Sc. (Med.), Associate Professor, Head of the Pediatric Department, M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute; 61/2, Shchepkin str., Moscow, 129110, Russian Federation; Professor of the Department of Pediatrics with Infectious Diseases in Children of the Faculty of Additional Professional Education, Pirogov Russian National Research Medical University; 1, Ostrovityanov str., Moscow, 117437, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-6428-7424.

Elena S. Vakurova — C. Sc. (Med.), Head of the Department of Endoscopy, associate professor of the Department of Surgery, M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical

Institute; 61/2, Shchepkin str., Moscow, 129110, Russian Federation; ORCID iD 0000-0003-1663-6620.

Aleksandr N. Verbovsky — Head of the Department of Endoscopy, assistant of the Department of Surgery, M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute; 61/2, Shchepkin str., Moscow, 129110, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-0831-0973.

Anna S. Bezv — junior researcher of the Pediatric Department, M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute; 61/2, Shchepkin str., Moscow, 129110, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-4954-4872.

Aslan R. Temindarov — endoscopist of the Department of Endoscopy, M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute; 61/2, Shchepkin str., Moscow, 129110, Russian Federation; ORCID iD 0000-0002-8288-0536.

Olga A. Bokova — resident of the Department of Pediatrics, M.F. Vladimirskiy Moscow Regional Research and Clinical Institute; 61/2, Shchepkin str., Moscow, 129110, Russian Federation; ORCID iD 0000-0001-8131-5853.

Contact information: Tatyana A. Bokova, e-mail: t.bokova@monikiweb.ru.

Financial Disclosure: no authors have a financial or property interest in any material or method mentioned.

There is no conflict of interests.

Received 29.06.2022.

Revised 22.07.2022.

Accepted 16.08.2022.



XXI городская научно-практическая конференция

Приглашаем принять участие в работе XXI городской научно-практической конференции «Эндокринные аспекты в педиатрии»

Место проведения: здание Правительства Москвы (ул. Новый Арбат, д. 36)

Время проведения: 18 и 19 ноября 2022 г. с 09:00 до 18:00

Регистрация участников: 18 и 19 ноября 2022 г. с 09:00 до 12:00

Выдача свидетельств участника: 19 ноября 2022 г. с 16:00 до 18:00

Посещение заседаний Конференции бесплатное, вход по пригласительным

Эндокринные аспекты в педиатрии

18-19 ноября 2022

Здание
Правительства
Москвы
Новый Арбат, 36

Организаторы

Департамент здравоохранения города Москвы
ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ»
Российская детская клиническая больница
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова

Основные темы конференции

1. Эпидемиологические, медико-социальные и экономические аспекты эндокринных заболеваний
2. Редкие (орфанные) заболевания в детской эндокринологии и педиатрии
3. Льготное лекарственное обеспечение пациентов с эндокринными заболеваниями
4. Возможности федеральных учреждений при оказании медицинской помощи пациентам. Взаимодействие с региональными медицинскими организациями
5. Современные достижения в лечении сахарного диабета у детей
6. Педиатрия и детская эндокринология. Актуальные вопросы современной клинической практики. Междисциплинарный подход

7. Профессорский обход. «Трудный диагноз» в педиатрии и детской эндокринологии
8. Новые формы обучения и поддержки семей с детьми, страдающими сахарным диабетом. Роли и взаимодействие врачебного сообщества и пациентских организаций
9. Инновационные методики диагностики, обследования, лечения и реабилитации детей с эндокринными заболеваниями
10. Актуальные проблемы амбулаторного ведения пациентов, расширение применения стационарских и on-line технологий
11. Цифровые технологии поддержки врачебных решений

Программа конференции подана для включения в план конгрессно-выставочных мероприятий ДЗМ, подана на оценку в комиссию по оценке образовательных мероприятий НМО.

Докладчики и аудитория

Около 300 специалистов – детские эндокринологи, педиатры, реаниматологи, гинекологи, кардиологи, пульмонологи, инфекционисты, неврологи, хирурги, урологи, психологи, специалисты по лучевой диагностике, организаторы здравоохранения и врачи других специальностей.

В рамках конференции организуется тематическая выставочная экспозиция

Организована онлайн-трансляция заседаний конференции на сайте www.imfd.ru

Адрес оргкомитета

Российская детская клиническая больница
(по вопросам научной программы)
Москва, 119571 Ленинский проспект, 117,
1 корпус, 2 этаж

Организационно-технические вопросы, пригласительные билеты

Информационно-выставочное агентство «ИнфоМедФарм Диалог»
Адрес: 127030, Москва, ул. Суцневская, д. 25, стр. 1
Тел.: 8(495) 797-62-92, 8(499) 750-07-27, 8(499) 750-07-47
Сайт: www.imfd.ru

