

# Разбор реального клинического случая трихобезоара желудка больших размеров в практике врача-педиатра

А.В.Сережкина<sup>1,2✉</sup>, Н.С.Разинькова<sup>1,2</sup>, Т.А.Миненкова<sup>1,2</sup>, И.И.Жизневская<sup>1,2</sup>, А.А.Прокофьева<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Курск,

Российская Федерация

<sup>2</sup>Областная детская клиническая больница, Курск, Российская Федерация

✉ул. Карла Маркса,3, КГМУ, г. Курск, 305041. aleksandra.ykv@gmail.com

## Резюме

В представленной статье приведен реальный клинический случай трихобезоара больших размеров у ребенка 4 лет. Рассмотрена этиология и патогенез, а также основы диагностики и лечения данной патологии как в общем, так и на примере описанного случая. Описаны данные полученных лабораторных и инструментальных исследований, проведенных на базе Областной детской клинической больницы (ОДКБ), а также консультации специалистов по основному заболеванию и сопутствующей патологии сердечно-сосудистой системы. Особое внимание уделено описанию визуализации компьютерной томографии ребенка с представлением снимков. В условиях стационарного лечения проведено хирургическое вмешательство по поводу инородного тела в полости желудка (трихобезоара) в объеме лапаротомии, гастростомии, извлечения и ушивания послеоперационной раны, а также аппендэктомии. Пациентка на данный момент находится в удовлетворительном состоянии на лечении сопутствующей патологии в 3-м отделении ОДКБ.

**Ключевые слова:** трихобезоар; трихофагия; объемное образование брюшной полости.

**Для цитирования:** Сережкина А.В., Разинькова Н.С., Миненкова Т.А., Жизневская И.И., Прокофьева А.А. Разбор реального клинического случая трихобезоара желудка больших размеров в практике врача-педиатра. Трудный пациент. 2021; 19 (4): 45–49. doi: 10.224412/2074-1005-2021-4-45-49

## Analysis of a Real Clinical Case of Large Gastric Trichobezoar in Pediatrician's Practice

Alexandra V. Serezhkina<sup>1,2✉</sup>, Natalya S. Razinkova<sup>1,2</sup>, Tatyana A. Minenkova<sup>1,2</sup>, Irina I. Zhizhevskaya<sup>1,2</sup>, Anastasia A. Prokofieva<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russian Federation

<sup>2</sup>Regional Children's Clinical Hospital, Kursk, Russian Federation

✉3 Karl Marx street, KSMU, Kursk, 305041 Russian Federation. aleksandra.ykv@gmail.com

## Abstract

The presented article provides a real clinical case of a large trichobezoar in a 4-year-old child. The etiology and pathogenesis, as well as the basis of diagnosis and treatment of the given pathology, are considered both in general and on the example of the described case. The authors describe the data obtained from the laboratory and instrumental studies conducted on the basis of the Regional Children's Clinical Hospital (RCCH), as well as consultations with physicians, specializing on the primary disease and the concomitant pathology of the cardiovascular system. Particular attention is given to the description of the visualization of the child's CT scan with the presentation of pictures. Laparotomic surgery for the extraction of a foreign body in the stomach cavity (trichobezoar) and suturing of the postoperative wound, as well as gastrostomy and appendectomy, were carried out in the inpatient conditions. The patient is currently in a satisfactory condition undergoing treatment of concomitant pathology in the 3rd department of RCCH.

**Keywords:** trichobezoar; trichophagia; volumetric formation in the abdominal cavity.

**For citation:** Serezhkina A.V., Razinkova N.S., Minenkova T.A., Zhizhevskaya I.I., Prokofieva A.A. Analysis of a real clinical case of large stomach trichobezoar in pediatrician's practice. Trudnyj Patient = Difficult Patient. 2021; 19 (4): 45–49. doi: 10.224412/2074-1005-2021-4-45-49

## Введение

В практике врача-педиатра особое внимание следует уделить трихобезоарам желудка (желудочным камням). В клинике под данной патологией понимается наличие инородного тела в полости органа, образующегося в связи с явлением трихофагии, проглатыванием собственных или чужих то волос, шерсти животных, волокон ковров, игрушек и многого другого, которые не поддаются перевариванию в организме человека, тем самым образуя инородное тело органической природы, со временем увеличивающееся в размерах и приводящее к увеличению объе-

ма живота, непроходимости и прочей симптоматике, которая будет рассмотрена далее. Первое упоминание о трихобезоарах в отечественной медицине датируется XIX веком в научных трудах В.М.Мыша, который описал случай наличия у пациента волосистой опухоли массой около 2,8 кг. С того момента по 1991 г. было описано незначительное количество случаев данной патологии, около 400 пациентов с образованиями различной величины и локализации. Трихобезоары, по общепринятой классификации, могут быть как множественными, так и одиночными. В каждом конкретном случае имеются свои особенности: мно-

жественные чаще всего отличаются небольшими размерами, повышенной миграцией в отделы тонкой и толстой отделов кишечника.

Исходя из клинических и популяционно-статистических исследований установлено, что наиболее подверженной группой являются женщины, а также девочки с неврозоподобными состояниями в анамнезе, отклонениями психики, характеризующимися непреодолимой тягой к употреблению в пищу человеческих волос, шерсти, синтетических и натуральных волокон предметов интерьера и т.д. Следует отметить, что только в 1% случаев при установленной трихофагии развивается безоар. Возникновение трихобезоара может быть связано с аномалиями развития и строения желудочно-кишечного тракта, а именно аномалий строения, приводящих к нарушениям моторики, эвакуации пищевых масс. К развитию рассматриваемой патологии также нередко приводят операции, проводимые на желудке, нарушение культуры питания [1–3].

Клинически редким случаем является трихобезоар с особым видом формирования, позволяющим его распространение через привратник желудка в тонкую кишку. Данное проявление получило название синдрома Раунцеля, также приводящее к развитию панкреатита.

Трудность диагностики заключается в том, что на ранних стадиях развития может не наблюдаться конкретной симптоматики, позволившей врачу заподозрить редкий вид патологии. Скорость образования переменна и может колебаться от нескольких дней до десятков лет, практически в каждом случае развитие происходит строго индивидуально. При малых размерах обнаружить инородной тело желудка удается только при комплексном обследовании пациента по иной патологии или при резком ухудшении состояния, нарастании симптоматики, являющейся угрожающей для жизни [1, 4, 5].

Чаще всего на первый план выходят жалобы пациента на необъяснимые боли в области эпигастрия, слабость, головокружение. Со стороны матери ребенка отмечается вялость, быстрая утомляемость, а также быстрая насыщаемость малыша и частые просьбы о принятии пищи, при этом резко снижается масса тела, вплоть до анорексии. Немаловажной особенностью является факт того, что наблюдается трихофагия. В особо запущенных случаях визуально увеличивается объем живота, при этом пальпируется объемное образование в проекции желудка. Отсутствие специфических симптомов приводит к поздней диагностике трихобезоаров у детей. Опасность развития трихобезоаров заключается в развитии комплекса осложнений, одними из самых грозных являются язвы желудка, вплоть до перфорации, кровотечения, перитонит, кишечные инвагинации, механические желтухи, энтеропатии с нарушением белкового баланса в организме, стеаторея, панкреатит, аппендицит. При попадании безоарного камня в тонкую кишку и перекрытии просвета кишечника развивается обтурационная кишечная непроходимость и многое другое [1, 6–8].

Попадая в стационар и имея подозрения по поводу развития трихобезоара рекомендуется провести ряд исследований, которые позволят подтвердить диагноз, а также внести конкретику и детализацию в локализацию, объем, тяжесть процесса. Необходима консультация гастроэнтеролога, который сможет установить вероятность развития трихобезоара на основании данных анамнеза жизни и болезни, объективного обследования пациента, а также дать предварительные рекомендации по ведению и стартовому

лечению. Золотым стандартом является назначение рентгеноконтрастной рентгенографии желудка, компьютерной томографии и фиброгастродуоденоскопии. Данные методы инструментального исследования позволят определить дефект наполнения овальной или округлой формы и размер образования. Первоначально будет стоять вопрос о злокачественном или доброкачественном образовании, что потребует консультацию врача-онколога. Лабораторные анализы малоинформативны, длительное течение болезни может вызывать развитие анемии [5, 8, 9].

Способы лечения трихобезоаров разнообразны и зависят от размера, локализации и консистенции образования. Малый размер безоара может способствовать самовыхождению камня их ЖКТ-путей. Актуально и консервативное лечение, но только в случае мягкой консистенции образования. При выявлении трихобезоара, заполняющего большую часть желудка необходимо рекомендовать оперативное лечение, так как попытки фрагментации и удаления опухоли обычно безуспешны. Операция заключается в рассечении желудка (гастротомии) и удалении безоарного камня. Показанием к хирургическому вмешательству являются состояния, вызванные осложнениями основного заболевания, описанными ранее [6].

*Цель исследования:* рассмотреть особенности течения трихобезоара желудка больших размеров на примере реального клинического случая у ребенка в возрасте 4 лет на фоне трихофагии.

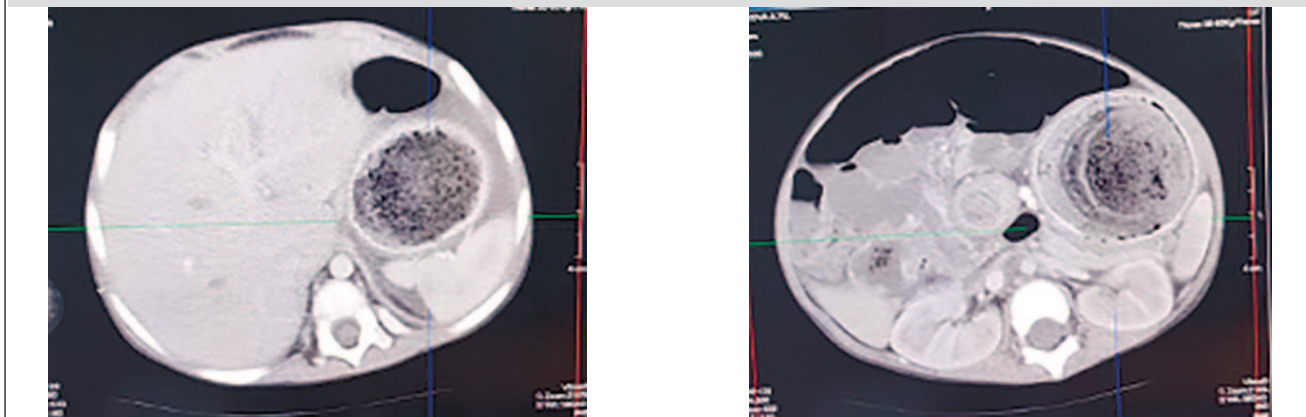
## Материалы и методы

В связи с редкостью данной патологии в данной статье нами рассмотрен случай диагностированного трихобезоара желудка больших размеров у девочки 4 лет, с приведением своих наблюдений, а также результатов лабораторных и инструментальных исследований, проведенных на базе Областной детской клинической больницы (ОДКБ).

## Результаты и обсуждение

В отделение детской хирургии (ДХО) Курской областной детской больницы 23.11.2020 г. был доставлен машиной скорой помощи ребенок 4 лет (06.11.2016), Альбина Ж., с предварительным диагнозом: объемное образование брюшной полости, асцит. Девочка сразу была госпитализирована в отделение реанимации. Состояние ребенка при поступлении очень тяжелое. Сознание ясное. Отмечалась выраженная вялость, адинамия. Аппетит избирательный, предпочитает молоко. Кожные покровы девочки бледные, чистые, для них характерна мраморность. Выражены явления гипотрофии, пониженного питания (масса тела – 10,200 кг, рост – 100 см. SDS ИМТ – 6,79, SDS роста – 0,21): подкожно-жировая клетчатка практически отсутствовала. Тургор тканей снижен. Склеры светлые. Периферические лимфоузлы не пальпировались. Носовое дыхание свободное. Зев чистый, розовый. Грудная клетка без деформации. При аскультации легких дыхание в легких проводится во все отделы, хрипы отсутствовали. Частота дыхательных движений (ЧДД) составляла 52 в минуту. Сатурация – 98%. В респираторной поддержке не нуждалась. Тоны сердца приглушены. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 93–123 в минуту. Артериальное давление на правой руке – 107/71 мм рт. ст.; на левой руке – 105/70 мм рт.ст. Язык розовый, обложен белым налетом. Живот увеличен в размерах за счет плотного образования в проекции желудка и двенадцатиперстной кишки. Стула с момента поступления не было. Мочиспускание не нарушено.

Рис. 1. КТ органов брюшной полости пациентки 4 лет с трихобезоаром больших размеров.  
Fig. 1. CT scan of the abdominal cavity of a 4-year-old patient with a large trichobezoар.



Из данных анамнеза жизни известно, что перинатальный анамнез отягощен. Ребенок от 4-й беременности, протекавшей без особенностей. Роды вторые, срочные. При рождении: масса – 2730 г., рост – 47 см. Период новорожденности без особенностей. Выписана из роддома на 5-е сутки. Грудное вскармливание проводилось до 3 мес. Привита по календарю. Физическое и психомоторное развитие по возрасту. Из перенесенных заболеваний ОРВ 2–3 раза в год. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность отягощена: хронический пиелонефрит у матери.

Из анамнеза болезни со слов матери известно, что полгода назад у дочери была склонность к поеданию своих волос, которая прошла после того, как ребенку сделали короткую стрижку. Два месяца назад мать обратила внимание на то, что у девочки увеличился живот. Было проведено УЗИ, однако патологии выявлено не было. В дальнейшем у девочки появилась вялость, быстрая утомляемость. 23.11.20 г. после ночного сна появилась отечность век и нижних конечностей. Было принято решение вызвать скорую помощь, ребенок был доставлен в ОДКБ №2.

Был проведен ряд исследований на дооперационном этапе. Общий анализ крови (ОАК): гемоглобин – 25 гр/л, эритроциты – 1,1 тыс., тромбоциты – 247,5 тыс., п/я – 1, с/я – 61, э – 0, баз – 0, лф – 32, м – 6, СОЭ – 5 мм/ч.

Биохимический анализ крови (Б/хАК): натрий – 126, калий – 3,9, общий белок – 35,9 гр/л, альбумины – 20%, мочевины – 3,51, креатинин – 26,28, хлориды – 119, билирубин общий – 8,28, АЛТ – 8, АСТ – 28, С-РБ – 4,5 мг/л.

Также при обследовании было выявлено образование брюшной полости больших размеров и анемия тяжелой степени (гемоглобин – 25 гр/л, эритроциты – 1,1 тыс.). Дважды проведена трансфузия эритроцитарной массы с целью восполнения объема циркулирующих эритроцитов. Ребенок был дообследован в условиях онкологического диспансера: проведено КТ брюшной полости и осмотр детского онколога, данных за онкологическую патологию получено не было. При ФГДС и КТ брюшной полости был визуализирован трихобезоар желудка больших размеров.

КТ органов брюшной полости: в просвете желудка (занимает весь желудок) обнаружено образование больших размеров, в сечении 131×46 мм, вертикальный размер 145 мм, неоднородной структуры (мягкотканый компонент, жировой, воздух), признаки связи со стенками желудка не определялись (при пероральном контрастировании контрастное средство определяется между образованием и стенками желудка. Сам желудок растянут, стенки не утолщены, равномерны (рисунок).

УЗИ плевральной полости: в обеих плевральных полостях прослойка жидкости 4 мм.

ЭКГ: выраженная синусовая брадикардия с ЧСС – 55 в минуту, выраженные нарушения процессов реполяризации.

УЗИ сердца: аортальный клапан трехстворчатый, ФК – 13 мм, регургитации нет. Аорта не расширена, градиент на перешейке – 11 мм рт. ст. Легочный ствол расширен до 17 мм. Клапан легочной артерии не изменен. ФК – 14 мм. Правый желудочек – 17 мм, правое предсердие – 25 мм. Левый желудочек: КДР – 39 мм, КСР – 22 мм, ФВ – 76%, ФУ – 44%, левое предсердие – 29–30 мм. Митральный клапан не изменен. ФК – 22 мм, степень регургитации – 1+. МЖП целостная. МПП целостная. Перикард не изменен. Гипертрофии нет. Узи сердца: в перикарде жидкость до 8 мм толщиной. Гипертрофия левых отделов сердца. Аритмия.

Осмотр кардиолога: реактивный перикардит. Дисфункция синусового узла: синусовая брадикардия. АХЛЖ.

После проведения дообследования и предоперационной подготовки 25.11.20 г. выполнено оперативное вмешательство: лапаротомия, гастростомия, извлечение инородного тела, ушивание дефекта поперечно-ободочной кишки, аппендэктомия.

Ребенку производилось дренирование левой плевральной полости по поводу левостороннего гидроторакса, получено до 350 мл жидкости. Дренаж был удален через три дня в связи с отсутствием нарастания количества жидкости в левой плевральной полости.

С 26.11.20 г. у ребенка стали появляться кратковременные эпизоды брадикардии до 65–78 ударов в минуту. На тот момент состояние ребенка по заболеванию было ближе к тяжелому, а по состоянию ближе к средней тяжести. Девочка стала более активной. Активных жалоб при осмотре не предъявляла. Температура тела в пределах нормы. Энтеральное кормление с постепенным расширением усваивала. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, мраморность кожи значительно уменьшилась, акроцианоз купировался. Дыхание через нос свободное, отделяемого не наблюдалось. Кислородная зависимость купировалась, сатурация 98–100%. Грудная клетка обычной формы, левая половина не отстает в акте дыхания. В легких аускультативно дыхание справа проводится во все отделы, слева незначительно ослаблено в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС – 48–72 в минуту. АД – 105/74 мм рт. ст., вазопрессорной поддержки не требует. Язык слегка обложен белым налетом, влажный. Живот визуально умеренно вздут, больше в области эпигастрия, мягкий при пальпации во всех отделах, безболезненный. Аускультативно пере-

стальтика незначительно ослаблена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный со всех сторон. Мочится свободно, самостоятельно в памперс, темп диуреза достаточный. Стул самостоятельный, 2 раза в сутки.

В послеоперационном периоде наблюдается положительная динамика по данным лабораторных и инструментальных исследований.

ОАК: гемоглобин – 115 гр/л, эритроциты – 3,7 тыс., тромбоциты – 210,9 тыс., п/я – 5, с/я – 65, э – 8, баз – 0, лф – 35, м – 6, СОЭ – 5 мм/ч.

Б/хАК: натрий – 138, калий – 4,2, общий белок – 50,9 гр/л, альбумины – 27%, мочевины – 3,74, креатинин – 27,57, билирубин общий – 5,84, АЛТ – 6, АСТ – 11, С-РБ – 13,5 мг/л, ферритин – 23,9, сывороточное железо – 5,1.

Была произведена телемедицинская консультация в НМИЦ ССХ им. А.Н.Бакулева, рекомендован перевод ребенка в профильное отделение, проведение холтеровского мониторирования, при критической брадикардии – введение атропина и допамина.

Находилась на лечении в ОДК с 02.12.20 г. по 09.12.20 г. с диагнозом: Белково-энергетическая недостаточность 3-й степени. Дисфункция синусового узла: синусовая брадикардия. Реактивный перикардит от 27.11.20 г. Железодефицитная анемия тяжелой степени смешанного генеза. Другие уточненные поражения центральной нервной системы: астено-невротический синдром. Состояние после оперативного лечения (лапаротомия, гастротомия, извлечение инородного тела, ушивание дефекта поперечно-ободочной кишки, аппендэктомия) от 25.11.20 г.

### Заключение

Анализируя представленный клинический случай, мы пришли к выводу, что формирование безоара у данного ребенка происходило относительно быстро на фоне пристрастия к поеданию и откусыванию собственных волос, что и послужило образованию массивного инородного тела. По причине отсутствия ярко-выраженной симптоматики патологию удалось выявить спустя некоторое время, однако удалось избежать развития грозных осложнений в виде язв, кровотечений, перфораций и кишечной непроходимости в виду быстрого принятия решения об оперативном вмешательстве по извлечению трихобезоара из полости желудка ребенка. С целью предотвращения повторного образования безоара было рекомендовано обратиться за специализированной помощью к детскому-психиатру после окончания лечения по поводу сопутствующей патологии.

Таким образом, при своевременной диагностике и удалении трихобезоара желудка прогноз благоприятный. Консервативное и хирургическое лечение дает хорошие результаты, в 90% случаев наступает полное выздоровление. Игнорирование симптомов болезни и/или поздняя диагностика может привести к ряду серьезных, иногда фатальных, осложне-

ний. Для предотвращения развития безоара лицам с хроническими заболеваниями ЖКТ или перенесшим операции на желудке рекомендуется раз в год проходить диспансерное обследование у гастроэнтеролога. К профилактике болезни относится контроль за психически больными людьми, ограниченное потребление грубой пищи растительного и животного происхождения, отказ от употребления неперевариваемых веществ.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

### Литература / References

1. Петлах В.И., Сергеев А.В., Виноградов А.А. Трихобезоары желудка у детей. Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2013; 58 (2): 70–73. [Petlah V.I., Sergeev A.V., Vinogradov A.A. Trihobezoary zheludka u detej. Rossijskij Vestnik Perinatologii i Pediatrii. 2013; 58 (2): 70–73. (in Russian)]
2. Врабие Е.Е., Ашевский В.В. Возможности рентгенодиагностики безоаров желудка и 12-перстной кишки. Бюллетень медицинских интернет-конференций. 2019; 9 (8): 313. [Vrabie E.E., Ashevskij V.V. Vozmozhnosti rentgenodiagnostiki bezoarov zheludka i 12-perstnoj kishki. Bjulleten' medicinskih internet-konferencij. 2019; 9 (8): 313. (in Russian)]
3. Давидов М.И., Гернер А.О., Пьянкова О.Б. Редкое наблюдение гигантского трихобезоара желудка, двенадцатиперстной и тощей кишки. Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2014; 173 (2): 80–82. [Davidov M.I., Gerner A.O., Pjankova O.B. Redkoe nabljudenie gigantskogo trihobezoara zheludka, dvenadcatiperstnoj i toshhej kishki. Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova. 2014; 173 (2): 80–82. (in Russian)]
4. Сверкунова О.П. Трихобезоар в хирургической практике. Медицинский вестник Северного Кавказа. 2009; 1: 96–97. [Sverkunova O.P. Trihobezoar v hirurgicheskoj praktike. Medicinskij vestnik Severnogo Kavkaza. 2009; 1: 96–97. (in Russian)]
5. Умешов А.У., Иманбаева М.Б. Частный случай трихобезоара. Вестник Алматинского государственного института усовершенствования врачей. 2015; 3–4: 33–35. [Umeshov A.U., Imanbaeva M.B. Chastnyj sluchaj trihobezoara. Vestnik Almatinskogo gosudarstvennogo instituta usovershenstvovaniya vrachej. 2015; 3–4: 33–35. (in Russian)]
6. Соботович Д.В., Колмаков С.А., Лиханов А.А. Гигантский трихобезоар желудка. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2010; 94 (3): 119–121. [Sobotovitch D.V., Kolmakov S.A., Lihanov A.A. Gigantskij trihobezoar zheludka. Sibirskij medicinskij zhurnal (Irkutsk). 2010; 94 (3): 119–121. (in Russian)]
7. Шидиков И.Х., Калниязов Б.М., Войтковский А.Е. Лапароскопическое удаление трихобезоара желудка. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2019; 9 (1): 110–114. [Shidakov I.H., Kalnijazov B.M., Vojtkovskij A.E. Laparoskopicheskoe udalenie trihobezoara zheludka. Rossijskij vestnik detskoj hirurgii, anesteziologii i reanimatologii. 2019; 9 (1): 110–114. (in Russian)]
8. Сидоров П.И., Михеева В.В. Трихобезоар желудочно-кишечного тракта в клинике детского невроза. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2000; 100 (2): 59–60. [Sidorov P.I., Miheeva V.V. Trihobezoar zheludochno-kishechnogo trakta v klinike detskogo nevroza. Zhurnal nevrologii i psixiatrii im. S.S. Korsakova. 2000; 100 (2): 59–60. (in Russian)]
9. Соколов Ю.Ю., Давидов М.И. Безоары желудочно-кишечного тракта у детей. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2010; 89 (2): 60–64. [Sokolov Ju.Ju., Davidov M.I. Bezoary zheludochno-kishechnogo trakta u detej. Pediatrija. Zhurnal im. G.N. Speranskogo. 2010; 89 (2): 60–64. (in Russian)]

### Информация об авторах / About the authors

**Сережкина Александра Владимировна** – ассистент кафедры педиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Областная детская клиническая больница, Курск, Российская Федерация

**Разинькова Наталья Сергеевна** – к.м.н., доцент кафедры педиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Областная детская клиническая больница, Курск, Российская Федерация

**Alexandra V. Serezhkina** – Assistant at the Pediatric Department, Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Regional Children's Clinical Hospital, Kursk, Russian Federation

**Natalya S. Razinkova** – Ph.D. in medicine, Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Regional Children's Clinical Hospital, Kursk, Russian Federation

**Миненкова Татьяна Александровна** – к.м.н., ассистент кафедры педиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Областная детская клиническая больница, Курск, Российская Федерация

**Жизневская Ирина Ивановна** – к.м.н., доцент кафедры педиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Областная детская клиническая больница, Курск, Российская Федерация

**Прокофьева Анастасия Александровна** – ординатор кафедры педиатрии, ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Курск, Российская Федерация

**Tatyana A. Minenkova** – Ph.D. in medicine, Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Regional Children's Clinical Hospital, Kursk, Russian Federation

**Irina I. Zhiznevskaya** – Ph.D. in medicine, Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; Regional Children's Clinical Hospital, Kursk, Russian Federation

**Anastasia A. Prokofieva** – Resident physician at the Pediatric Department, Kursk State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Kursk, Russian Federation

---

Статья поступила / The article received: 19.04.2021

Статья принята к печати / The article approved for publication: 18.07.2021