

ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Гребнева А.Н., Полякова К.Э.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Пенкина Н.И.
Кафедра педиатрии и неонатологии
Ижевская государственная медицинская академия

Актуальность исследования: крапивница является полиэтиологическим заболеванием [2]. Длительность острой крапивницы составляет менее 6 недель [1].

Цели исследования: изучить причины возникновения, особенности течения острой крапивницы у детей раннего возраста.

Материалы и методы: проведён анализ 52 историй болезни пациентов, находившихся в отделении патологии детей раннего возраста БУЗ УР «РДКБ МЗ УР» г. Ижевска с диагнозом «острая аллергическая реакция по типу крапивницы и ангионевротического отека».

Результаты: среди госпитализированных с диагнозом крапивница преобладали дети старше 1 года (81%), по сравнению с детьми до 6 месяцев (2%) и с 6 месяцев до 1 года (17%). У мальчиков крапивница встречалась чаще, по сравнению с девочками (59% и 41%). Основной причиной крапивницы, по мнению родителей, явились пищевые продукты (56%) (ягоды, фрукты, коровье молоко, куриное яйцо, шоколад, рыба). На лекарственные препараты и укусы насекомых крапивница регистрировалась реже, составила 13% и 14%. У 14% детей острая крапивница возникла на фоне или после перенесённого инфекционного заболевания. Аллергические заболевания до настоящего эпизода острой крапивницы выявлены у 52% детей. В общем анализе крови наблюдалась эозинофилия, лейкоцитоз. Повышение уровня общего иммуноглобулина Е отмечалось у 21% детей. Всем детям проведено лечение антигистаминными препаратами, глюкокортикоидами, сорбентами. Антибактериальную терапию получали 32% детей с диагностированным инфекционным процессом.

Выводы: среди этиологических факторов преобладали пищевые аллергены; более половины детей страдали аллергическими заболеваниями.

Литература

1. Балаболкин И.И. Крапивница у детей: клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение // Российский педиатрический журнал. 2017. № 2. С. 122–128.
2. Чебуркин А.А. Крапивница: синдром или нозологическая единица? Крапивница: современные данные о патогенезе, классификации и терапии // Аллергология и иммунология в педиатрии. 2018. № 4. С. 24–13.

ВЛИЯНИЕ НАСЛЕДСТВЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ

Давлетова Л.А., Панкратова П.А.

Научный руководитель: д.м.н., профессор Гайдук И.М.
Кафедра поликлинической педиатрии им. академика А.Ф. Тура.
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Актуальность исследования: бронхиальная астма — одно из хронических заболеваний, которым страдают более 300 млн человек в мире [1]. В разных странах встречаемость колеблется от 1 до 18% [2], причем среди детей дошкольного и школьного возраста чаще, чем у взрослых. Инвалидность определяется у 7% детей, страдающих БА [3].

Цели исследования: определить особенности лечения бронхиальной астмы у детей в современном мире в зависимости от наличия отягощенного наследственного аллергоанамнеза.

Материалы и методы: ретроспективно оценены 109 амбулаторных карт детей больных бронхиальной астмой (девочек — 42, мальчиков — 67) в возрасте от 2 л 10 мес до 16 лет (средний $8,4 \pm 0,84$), которые наблюдались в клинике «Аллергомед» 2016–2017 гг. с диагнозом бронхиальная астма.

Результаты: к первой группе мы отнесли 76 детей, которые имели отягощенный наследственный аллергоанамнез. Средний возраст дебюта — 5,5 лет. Сопутствующие коморбидные заболевания: аллергический ринит — 46%, атопический дерматит — 49% случаев. По течению БА была легкая — 62% и среднетяжелая — 30%. В качестве базисной терапии частота использования Сингуляра и глюкокортикостероидов при длительности заболевания до 3 лет — 52% и 48%, 4–6 лет — 60% и 40% и более 6 лет — 60% и 40% соответственно. Вторая группа — 33 ребенка без отягощенного наследственного аллергоанамнеза. Аллергический ринит отмечался в 39%, атопический дерматит в 30% случаев. По течению БА легкая — 78% и среднетяжелая — 21%. При длительности заболевания до 3 лет базисная терапия Сингуляром — 33%, а глюкокортикостероидами — 67%, 4–6 лет — 50% и 50% и более 6 лет — 50% и 50% соответственно.

Выводы: 1. При наличии отягощенной наследственности у пациентов выше частота коморбидных заболеваний (АР, АД). 2. У пациентов с отягощенной наследственностью по аллергическим заболеваниям дебют бронхиальной астмы наступает раньше на 1,6 года. 3. У пациентов первой группы частота бронхиальной астмы средне-тяжелого течения выше, чем у детей второй группы. 4. В обеих группах пациентов Монтелукаст был препаратом выбора для проведения базисной терапии.

Литература

1. Баранова Е.А. Б24 Бронхиальная астма у детей: учебно-методическое пособие / Е.А. Баранова. Минск: БГМУ, 2017. 34 с.
2. Журнал «Фундаментальные исследования». 2011. № 10 (часть 1). С. 26–29. Тенденции заболеваемости бронхиальной астмой взрослого населения РСО-Алания.
3. Журнал «Пульмонология». 2014;(5):94–100 Зайцева О.В. Современные аспекты базисной терапии бронхиальной астмы у детей в возрасте до 6 лет.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОЙ РЕЗИСТЕНТНОСТИ НОВОРОЖДЕННЫХ ДЕТЕЙ С ИНФЕКЦИОННО- ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Давранова Ч.Л.

Научный руководитель: к. м. н., доцент Турдиева Д.Э.

Кафедра госпитальной педиатрии № 1

Ташкентский педиатрический медицинский институт

Актуальность исследования: одной из актуальных проблем современной неонатологии является инфекционно-воспалительные заболевания (ИВЗ) у новорожденных [1, 2]. В то же время именно одновременная оценка основных звеньев иммунитета (Т- и В-системы и неспецифической защиты) в их взаимосвязи в течение этого периода.

Цели исследования: на основании исследования основных звеньев иммунитета определить особенности иммунной резистентности новорожденных детей с инфекционно-воспалительными заболеваниями.

Материалы и методы: обследованы 40 новорожденных с клиническими проявлениями инфекционно-воспалительных заболеваний на этапе лечения. Контрольную группу составили 20 здоровых новорожденных. Иммунологические исследования включали: определение иммунофенотипов субпопуляций Т-лимфоцитов и В-лимфоцитов.

Результаты: анализ содержания Т-лимфоцитов в крови у новорожденных при ИВЗ показал достоверное снижение их относительного числа в фазе разгара и стабилизации $39,7 \pm 0,91$ и $42,2 \pm 0,86\%$ соответственно по сравнению с контрольной группой $52,4 \pm 1,40\%$ ($p < 0,05$). При анализе содержания CD4 клеток выявлено достоверное снижение их относительного содержания в обеих фазах ИВЗ $23,3 \pm 0,48$ и $25,4 \pm 0,28\%$ против $27,8 \pm 0,80\%$ в контроле. При количественном изучении В-лимфоцитов, экспрессирующих маркерный рецептор CD19, обнаружена тенденция к повышению в фазе разгара и достоверное повышение в фазе стабилизации.