

терапии местными противовоспалительными средствами, устойчиво сохраняется высокий процент пациентов с непрерывно-рецидивирующим течением заболевания (НРТЗ) [1, 3, 4].

**Цели исследования:** определение ключевых факторов риска формирования тяжелых форм АД у детей с НРТЗ.

**Материалы и методы:** для решения поставленной цели была проведена сравнительная оценка особенностей клинического течения АД у детей в возрасте от 4-х месяцев до 3 лет, находившихся на лечении в отделении аллергологии ГБУЗ АО «ОДКБ имени Н.Н. Силищевой» с 2014 по 2017 гг.

**Результаты:** был проведен статистический анализ с выявлением корреляции ( $r$ ) между факторами риска и формированием НРТЗ. Основную группу составили 36 пациентов раннего возраста с тяжелой формой АД, группу сравнения 43 ребенка с легкой степенью тяжести заболевания. По результатам исследования было выявлено, что в течение 2014–2017 гг. возросла частота госпитализации детей раннего возраста, больных АД с НРТЗ (28%). ИФА и ПЦР-диагностики у 45 из 79 обследованных больных раннего возраста подтвердили наличие бактериальной или микст-инфекции (56,9%). Отягощенный аллергоанамнез имел значение со стороны матери более выраженную связь, чем у отца ( $r=0,48$ ,  $p<0,001$  и  $r=0,34$ ,  $p<0,05$ ). Дополнительные факторы НРТЗ АД: негладкое течение периода новорожденности ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ); наличие гестоза I и II половины беременности ( $r=0,32$ ,  $p<0,01$ ), постоянная угроза прерывания ( $r=0,49$ ,  $p<0,001$ ), повторные ОРВИ, бронхиты на 1м году у детей ( $r=0,49$ ,  $p<0,01$ ), признаки дисбактериоза кишечника ( $r=0,52$ ,  $p<0,001$ ).

**Выводы:** проведенное исследование показало устойчивый рост частоты госпитализаций детей по поводу НРТЗ АД, с ранней клинической манифестацией. Отсутствие положительной клинической динамики на фоне базисной терапии в связи с наличием вторичного инфицирования бактериальной или микст-флорой. Формирование осложненных форм АД обусловлено комплексом факторов риска (семейная отягощенность по аллергическим и неаллергическим заболеваниям, осложненное течение беременности, повторные инфекционные и неинфекционные заболевания, дисбактериоз кишечника на 1-м году)

#### Литература

1. Аллергология и иммунология. Под редакцией А.А. Баранова и Р.М. Хаитова. Москва: 2008–2009. С. 9–75..
2. Балаболкин И.И., Гребенюк В.Н. Атопический дерматит у детей. Москва, Медицина. 1999. 238 с.
3. Гущин И.С. Антигистаминные препараты (пособие для врачей). М.: «Алмаз-пресс». 2000.

## ОСОБЕННОСТИ СКЕЛЕТНОГО ПОРАЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ КОСТНОЙ ТКАНИ И ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ОСТЕОПАТИЯМИ

*Панин И.С., Суворов Н.Р., Силков В.Б., Костик М.М.*

Научные руководители: к. м. н., доцент кафедры госпитальной педиатрии Костик М.М.,  
к. м. н., доцент кафедры онкологии Силков В.Б.  
Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет

**Актуальность исследования:** различные заболевания скелета, протекающие с синдромом костной деструкции, могут иметь сходные клинические, лабораторные и рентгенологические данные [1].

**Цели исследования:** целью нашего исследования было изучить особенности поражения скелета у детей с различными остеодеструктивными заболеваниями.

**Материалы и методы:** наша выборка ( $n=204$ ) включает в себя 4 основные нозологии: 1. Хронический небактериальный остеомиелит (ХНО,  $n=91$ ); 2. Гематогенный остеомиелит (ГО,  $n=47$ ); 3. Туберкулезный остеомиелит (ТБО,  $n=33$ ); 4. Злокачественные новообразования кости (ЗНОК,  $n = 33$ ) — Остеосаркома и саркома Юинга.

**Результаты:** Все деструктивные заболевания с одинаковой частотой поражали бедренную и плечевую кость. Однако, больные с ТБО имели ряд особенностей: дебют наступал в более старшем возрасте, топография поражения чаще, по сравнению с остальными, включает в себя кости таза, наряду с сравнительно редким поражением позвоночника, большеберцовой кости, стопы, грудины, предплечья и кисти.

**Выводы:** В отношении пациентов с деструктивным поражением бедренной, плечевой кости и таза должна быть особая настороженность по отношению ко всем рассматриваемым видам заболеваний, а в особенности ТБО.

#### Литература

1. McCarville MB. The child with bone pain: malignancies and mimickers. *Cancer Imaging*.2009;9 Spec No A: S115–21.

## ПОСЛЕДСТВИЯ ТАБАКОКУРЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

*Пендрикова О.В., Вечерко Ю.И.*

Научный руководитель: ассистент Бубневич Т.Е.

Кафедра педиатрии

Гомельский государственный медицинский университет

**Актуальность исследования:** табакокурение это не только риск развития многих заболеваний, но по МКБ 10 есть само заболевание: F17 «Поведенческие и психические расстройства в результате употребления табака». Программы по борьбе с табакокурением, принимаемые на государственном уровне, определяют актуальность проблемы [1].

**Цели исследования:** оценить влияние компонентов табака на физиологические и психосоматические реакции у подростков.

**Материалы и методы:** методом исследования явились спирометрия и таблицы Шульте, которые прошли 180 человек в возрасте от 15 до 18 лет. Было взято 2 группы лиц по 90 человек. Первая группа — контрольная, состоящая из некурящих подростков. Вторая группа — подростки с разным стажем курения.

**Результаты:** у мужчин жизненный объем легких (ЖЕЛ) варьирует в пределах 3,5–5,0 л. У женщин 3,0–4,0 л. [2]. В среднем в курящей группе в день курят по 8 сигарет. 22,22% курильщиков 3–4 раза в год болеют ОРИ. Среди некурящих ребят 15,5%.

В группах как курящих, так и некурящих юношей средняя ЖЕЛ составила 3,5л. (минимальная: 2,0 л., максимальная: 4,0 л.). У 75,55% — 68 некурящие, 62,22% — 56 курящие и у всех девушек данные показатели оказались ниже нормы.

Тест связывания чисел для определения скорости мозговых реакций показал следующие **Результаты:** в контрольной группе средняя скорость прохождения теста составила 19,5 сек., где минимальный показатель составил: 8 сек., максимальный: 30 сек., во второй группе — 28,11 сек., где минимальный показатель составил: 15 сек. и 58 сек. максимальный соответственно.

**Выводы:** одним из основных проявлений альвеолярной гиповентиляции является снижение ЖЕЛ, ограничение способности лёгких расправляться. Что уже проявляется у подростков. Отрицательные показатели у некурящих подростков возможно связаны с влиянием на их организм пассивного курения. Тест связывания чисел для определения скорости мозговых реакций, подтвердили пагубное влияние табакокурения на психофизические и физиологические процессы. И пока на государственном уровне будут проводить профилактические беседы о вреде курения, не устраняя истинную причину, количество курящих подростков в нашей стране и за ее пределами будет неуклонно расти вместе с этиопатогенетически связанными с курением заболеваниями.

#### Литература

1. Хрипович, В.А. Мотивационные аспекты курения / В.А. Хрипович, М.А. Валитов // Л.С. Выготский и современная культурно-историческая психология: материалы международной научной конференции / Редкол. Д.Г. Лин и др. Гомель, 2001. С. 91–93.