

«Школ здоровья», разработки и внедрения профилактических программ для подростков, своевременной диспансеризации и реабилитации детей с хроническими отклонениями в состоянии здоровья.

* * *

ВЕДУЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ У ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Галактионова М.Ю., Лисихина Н.В.,
 Галактионова М.А., Алексеенко Е.А.

Красноярский государственный медицинский университет
 им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава России;
 Сибирский юридический институт МВД России
 Фармацевтический колледж Красноярского
 государственного медицинского университета, Красноярск

Актуальность. Одним из важных показателей, характеризующих благополучие государства и общества, является состояние здоровья детей. Знание факторов, способствующих формированию заболеваний, является главным условием разработки профилактических мер и улучшения качества медицинской помощи детям.

Цель: определить ведущие факторы риска развития заболеваний органов пищеварения у детей дошкольного возраста.

Материалы и методы. Проведены опрос и анкетирование 214 детей дошкольного возраста и их родителей. Все полученные данные обработаны статистически. Для повышения информативности определяли относительный риск (ОР) возникновения патологии органов желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) при действии каждого фактора на организм по формуле: $ОР = A \times D / B \times C$.

Результаты. Установлено, что клинические симптомы поражения органов пищеварения имеются у 66,4% детей, из них с болевым синдромом 84,5%, а у 57,7% больных было выявлено сочетание болевого и диспепсического синдромов. Патологии ЖКТ часто сопутствуют вегетативные расстройства (74,7% детей), детские инфекционные болезни (57,7%) и проведение антибактериальной терапии (49,3%). Наследственный фактор выявлен у 50,7% детей, раннее искусственное вскармливание и наличие аллергии установлено у 49,3% детей, реже отмечались острые заболевания ЖКТ в анамнезе и хроническая патология ЛОР-органов. Частота некоторых факторов, таких как детские инфекционные болезни, применение антибиотиков, аллергия и острые заболевания ЖКТ в анамнезе и их относительный риск были значительно увеличены у детей младшего возраста.

Выводы. Патология ЖКТ у детей дошкольного возраста встречается достаточно часто; повторные и массивные курсы антибиотикотерапии, ведущие к формированию стойких нарушений кишечной микрофлоры и изменениям иммунной реактивности растущего организма, необходимо рассматривать как дополнительные факторы риска формирования патологии. Особого внимания требуют дети с вегетативной дисфункцией и хроническими очагами инфекции.

* * *

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ КАК КОМОРБИДНЫЙ ФОН У РЕБЁНКА С ВРОЖДЁННЫМ БУЛЛЁЗНЫМ ЭПИДЕРМОЛИЗОМ

Галимова А.А., Макарова С.Г., Мурашкин Н.Н.,
 Епишев Р.В., Вязанкина С.С.

Национальный медицинский исследовательский центр
 здоровья детей Минздрава России, Москва

Актуальность. Обширное повреждение кожи и слизистых оболочек у больных с врождённым буллёзным эпидермолизом

(ВБЭ) сопровождается нарушением их барьерных свойств, что является фактором, способствующим формированию пищевой аллергии. Однако наличие распространённых множественных элементов на коже затрудняет диагностику пищевой аллергии.

Описание клинического случая. Девочка, 9 мес, поступила в отделение дерматологии с клиническим диагнозом: врождённый буллёзный эпидермолиз, рецессивно-дистрофический. Диагноз был установлен в первые дни жизни. Грудное вскармливание до 2 нед. С 3 мес помимо характерных для основного заболевания элементов наблюдались эритематозно-сквамозные высыпания и выраженный кожный зуд, снижение аппетита. При поступлении антропометрические индексы соответствовали умеренной недостаточности питания — Z-score WAZ –2,05, HAZ –0,51; BAZ –2,52. По данным аллергодиагностики (ImmunoCAP 250) была выявлена сенсибилизация к белкам коровьего молока, яйца и глютену. Уровень общего IgE > 3000 Ед/мл. На фоне безмолочной безглютеновой диеты с использованием аминокислотной смеси наблюдался выраженный положительный эффект со стороны кожного процесса и нутритивного статуса — прибавка в весе за 7 дней составила 380 г (8 г/кг/сут). При генетическом обследовании была выявлена мутация в гене *KRT14*, вызывающая ВБЭ простого типа, в связи с чем диагноз был пересмотрен. При повторном обследовании больной в возрасте 5 лет, благодаря комплексной терапии, было установлено значительное улучшение со стороны кожного процесса. Состояние питания удовлетворительное (Z-score WAZ 0,36, HAZ 0,88; BAZ –0,26). Рацион больной был расширен за счёт безглютеновых каш, нежирных сортов мяса, кисломолочных продуктов в ограниченном объёме.

Заключение. Описанный клинический случай свидетельствует, что пищевая аллергия может осложнять течение ВБЭ. У больной клинический диагноз был выставлен ошибочно именно из-за коморбидности простой формы ВБЭ с пищевой аллергией. Пищевую аллергию у больных с ВБЭ следует активно выявлять и учитывать в рекомендациях по питанию и выбору специального питания для этой тяжёлой категории пациентов.

* * *

О БЕЗОПАСНОСТИ ПАРАЦЕТАМОЛА У ДЕТЕЙ

Галькевич Н.В.

Белорусский государственный медицинский университет,
 Минск, Беларусь

Актуальность. Безопасность применяемых лекарственных средств всегда необходимо учитывать при назначении детям. Среди часто употребляемых лекарств у детей следует отметить жаропонижающие препараты. Чаще всего родители знают, что парацетамол чаще 4 (максимум 6) раз в день применять нельзя. Но на длительность приёма не обращают внимания ни врачи, ни родители.

Описание клинического случая. Мальчик Т., 2 года, в октябре перенёс ОРЗ с лихорадкой, которую мать снижала парацетамолом. Через неделю после выздоровления ребёнок снова заболел респираторной инфекцией (кашель, ринит). Лихорадка стойко держалась до 39,5°C в течение 6 дней. Мать использовала парацетамол (со слов, не чаще 6 раз в день). Через 6 дней ребёнок стал сонливым, вызванная бригада СМП зафиксировала кому. При обследовании была выявлена анемия (эритроциты $3,72 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 99 г/л), нейтрофилез (палочкоядерные нейтрофилы 13%, сегментоядерные 69%), лимфопения (14%). Глюкоза 1,2 ммоль/л, гипопротинемия (общий белок 55,5 г/л, альбумин 34,9 г/л), билирубин 39,3 мкмоль/л за счёт прямой фракции — 21,5 мкмоль/л, мочевины 7,7 ммоль/л, креатинин 170 мкмоль/л, АСТ 26 975 Ед/л, АЛТ 9878,4 Ед/л, ГГТП 77,3 Ед/л, щелочная фосфатаза 370,4 Ед/л, ЛДГ 46 955 Ед/л. При УЗИ печени была выявлена гепатомегалия, острый блок микроциркуляторной перфузии печени, плев-