

ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ КАРТИНЫ КРОВИ ПРИ ПНЕВМОНИЯХ У ДЕТЕЙ

Гостищева Е.В., Черняева Е.С., Геращенко Э.Ф.

Медицинская академия им. С.И. Георгиевского Крымского федерального университета Министерства науки и высшего образования РФ, Симферополь

Актуальность. Особенности лабораторной картины крови при пневмонии у детей позволяют своевременно поставить правильный диагноз, назначить дополнительные методы обследования при необходимости и выбрать оптимальную тактику лечения.

Цель: определить особенности лабораторной картины крови у детей при пневмониях.

Материалы и методы. Изучено 78 историй болезней пациентов в возрасте 3–12 лет. Критерий включения — установленный диагноз внебольничной пневмонии. Статистическая обработка проведена с использованием стандартных методов.

Результаты. Установлены изменения общего анализа крови у больных пневмонией детей. Выявлено наличие умеренного лейкоцитоза у 58% больных (в основном за счёт нейтрофилов) в момент обращения, у 42% пациентов лейкоцитоз отмечался к 5–7-му дню с момента постановки диагноза, что, возможно, связано с ранней обращаемостью за медицинской помощью. У 73% детей в крови выявлялся лейкоцитоз в среднем $8,0\text{--}13,3 \times 10^9/\text{л}$. Лишь у 14% больных при поступлении отсутствовал лейкоцитоз и сдвиг в лейкоцитарной формуле. У 85% пациентов были обнаружены юные формы и токсическая зернистость нейтрофилов. Появление нейтрофилов, содержащих токсическую зернистость, сопровождалось ухудшением клинической динамики болезни, что можно использовать как характерный дополнительный диагностический критерий течения пневмоний и свидетельствует о необходимости проведения адекватных мер для устранения метаболической иммуносупрессии. Анемический синдром отмечался у 100% пациентов, в 33,6% случаев гемоглобин был снижен до 100–104 г/л. Снижение уровня гемоглобина связывают с влиянием воспалительных цитокинов на гемопоэз и временной активацией фагоцитирующей способности макрофагов. При тяжёлой пневмонии развита анемия способствует респираторный ацидоз и гиперкапния.

Выводы. Выявленные особенности лабораторной картины крови у больных можно использовать как дополнительные критерии течения внебольничной пневмонии у детей.

МОЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ У ДЕТЕЙ

Гудков Р.А.¹, Слободянюк О.²

¹Рязанский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова Минздрава России, Рязань;

²Областная детская клиническая больница им. Н.В. Дмитриевой, Рязань

Актуальность. Эпидемиология мочекаменной болезни (МКБ) у детей изучена недостаточно, что отчасти связано с большей долей начальных форм болезни.

Цель: определить заболеваемость и особенности течения МКБ у детей.

Материалы и методы. Ретроспективный сплошной анализ историй болезни пациентов областной детской больницы за 2017–2021 гг.

Результаты. Проведён анализ историй болезни 53 детей с МКБ. Мальчики составили 52,8% пациентов. Возрастная медиана — 12,5 лет, из них дети до 3 лет составили 17%; 7–2 лет — 36,8%; 13–18 лет — 46,2%. Медиана продолжительности госпи-

тализации составила 6,7 дней. Длительность госпитализации составила менее 5 дней у 24,5% пациентов и более 2 нед — у 20,7%. Жители областного центра составили 51%, однако, с учётом доли детского населения, частота МКБ в районах области в 1,5 раза выше. Экстренно были госпитализированы 64,2% детей. Болевой синдром наблюдался у 60,4% пациентов, дизурия — у 43,4%, гематурия — у 73,6%, протеинурия — у 47,2%, лейкоцитурия — у 67,9%. Отягощённость наследственности по МКБ выявлена у единичных пациентов, сопутствующие заболевания — у 68,2% (у детей до 7 лет — в 100% случаев).

Выводы. В настоящее время нам известно о 53 детях с МКБ, что составляет 23,9 на 100 000 детского населения и соответствует данным по средней полосе России. Частота МКБ у детей в районах области в 1,5 раза выше в сравнении с областным центром, что может указывать на значение эндемического фактора. Медиана возраста пациентов составила 12,5 года. Обращает внимание группа из 9 детей с ранней (до 3 лет) манифестацией заболевания. У существенной части обследованных отсутствовали такие манифестные симптомы, как боль и дизурия. Самым частым поводом для обследования была гематурия (изолированная или в сочетании с болевым синдромом).

ХАРАКТЕРИСТИКА ИСХОДОВ ГЕМОЛИТИКО-УРЕМИЧЕСКОГО СИНДРОМА У ДЕТЕЙ

Гуныкова Е.В., Вялова А.А., Зорин И.В.,
Чеснокова С.А.

Оренбургский государственный медицинский университет
Минздрава России, Оренбург

Актуальность. Гемолитико-уремический синдром (ГУС) у детей является основной причиной острого повреждения почек и высокого риска формирования хронического заболевания почек (ХЗП). Известно, что у 5–20% детей, перенёсших ГУС, формируется хроническая болезнь почек (ХБП). Вместе с тем до настоящего времени исходы ГУС остаются недостаточно изученными.

Цель: установить исходы ГУС у детей Оренбургской области.

Материалы и методы. Проведён ретроспективный анализ 86 историй болезни и данных комплексного клинико-параclinicalического обследования в динамике 74 детей с ГУС в возрасте от 3 мес до 17 лет. Выделены группы наблюдения: 38 детей-реконвалесцентов ГУС с исходом в ХЗП и 36 детей-реконвалесцентов ГУС с благоприятным исходом без признаков ХЗП.

Результаты. Установлено, что в Оренбургской области в 2000–2020 гг. зарегистрировано 86 случаев ГУС у детей. Среди заболевших ГУС преобладали дети грудного (11,6%) и раннего (68,6%) возраста по сравнению с детьми дошкольного (10,5%) и школьного (9,3%) возраста ($p < 0,05$). Летальный исход за 20 лет составил 10 детей (11,6%). У 41,9% детей, перенёсших ГУС, отмечался благоприятный исход. У 46,5% детей-реконвалесцентов ГУС выявлены ХЗП в виде тубулоинтерстициальной болезни почек (ТИБП), протекающей с изолированным мочевым синдромом (гематурия, сочетание гематурии с микропротеинурией); с изолированной протеинурией пренефротического типа (19,5%). У 34,2% детей-реконвалесцентов ГУС сформировалась ХБП.

Выводы. Благоприятный исход ГУС зарегистрирован у 41,9% детей. У 46,5% детей-реконвалесцентов ГУС сформировались ХЗП с преобладанием ТИБП. Из них у 34,2% детей развилась ХБП.
