

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Зарянкина А.И.

Гомельский государственный медицинский университет,
Гомель, Беларусь

Актуальность. Коронавирусная инфекция может протекать по-разному: от бессимптомного процесса до тяжелой пневмонии. По различным данным, дети до 12 лет болеют реже, чем подростки и взрослые. Установлено, что дети заражают один другого в 0,3% случаев, а взрослые — в 4,4%.

Цель: определить частоту коронавирусной инфекции у детей в Гомельской области и особенности её течения.

Материалы и методы. Объектом обследования явились 473 ребёнка от 2 мес до 17 лет (283 мальчика и 190 девочек) с подтверждённой коронавирусной инфекцией (метод ПЦР).

Результаты. Анализируемую группу составил 71 ребёнок (15,0%) 1-го года жизни, 164 (34,6%) ребёнка раннего возраста, 68 (14,3%) дошкольников, 64 (13,5%) ребёнка младшего школьного возраста, 106 (22,4%) детей старшего школьного возраста. Средняя степень тяжести заболевания была отмечена у 443 (93,6%) детей, тяжёлое течение — у 30 (6,4%) пациентов. Клинически коронавирусная инфекция проявлялась повышением температуры тела до фебрильных цифр у всех пациентов, из них: в течение суток — у 163 (34,5%), до 3 сут — у 191 (40,4%), более 3 сут — у 119 (25,1%); сухой кашель встречался в 49,3% случаев, преимущественно у детей старшего возраста, продуктивный кашель — в 50,7%, у 256 (54,1%) пациентов кашля не было; насморк: серозные выделения — у 35 (22,7%) детей, слизистые — у 119 (77,3%), у 319 (67,4%) пациентов не было нарушения носового дыхания; боль в горле отмечалась в 41,9% случаев, головная боль — в 30,7%; потерю обоняния/вкуса отметили 9,5% пациентов; слабость — 56,8%; снижение аппетита — 49,6%; диарея наблюдалась у 43 (9,1%) пациентов; высыпания на коже — в 4,7% случаев.

Выводы. Коронавирусной инфекцией болеют чаще дети раннего возраста, преимущественно мальчики. Клиническая картина не имеет специфических проявлений и требует лабораторной диагностики.

СОВРЕМЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВРОЖДЁННЫХ МЛАДЕНЧЕСКИХ ГЕМАНГИОМ

Касым А.К., Айтжанов Е.Б.

Многопрофильная городская больница № 1, Клиника
FORMA8, Нур-Султан, Казахстан

Актуальность. Младенческие гемангиомы (МГ) — доброкачественные сосудистые образования, которые обнаруживаются у 2,5% новорождённых и 5–10% детей 1-го года жизни. Гемангиомы в 2–3 раза чаще возникают у девочек. Различают простую (капиллярную), кавернозную, комбинированную и смешанную гемангиому у детей. В 95% случаев у детей диагностируется простая гемангиома. По течению различают гемангиомы с быстрым ростом, медленным ростом и отсутствием роста. Они могут развиваться через васкулогенез — образование кровеносных сосудов из клеток-предшественников. Установлено, что экспрессия эндотелиального фактора роста сосудов имеет определяющее значение в пролиферации гемангиом. При этом клетки-предшественники эндотелиальных клеток МГ имеют фетальный фенотип с возможностью трансформации в адипоциты. Известны другие факторы, способствующие появлению гемангиом у детей: генетические на-

рушения ангиогенеза, недоношенность, поздние первые роды, нарушения плацентарного кровообращения, вредные привычки матери, проживание в районах с неблагоприятной экологией.

Цель: определить эффективную тактику ведения детей с гемангиомами.

Материалы и методы. В отделении сосудистой хирургии было обследовано 65 детей с различными формами МГ. Лечение гемангиом у детей по показаниям осуществлялось с использованием мультифункциональной платформы CUTERA XEO (Vascular), предназначенной для фото- и лазеротерапии сосудистых поражений кожи, в комбинации с β-блокаторами (Атенолол мазь, Пропранолол суспензия). Эффекты β-блокаторов на МГ обусловлены подавлением их роста, который происходит путём вазоконстрикции, ингибирования васкулогенеза, индукции апоптоза и привлечения в гемангиому эндотелиальных клеток-предшественников. Направленное действие β-блокаторов связано с тем, что β-адренергические рецепторы экспрессируются на эндотелиальных клетках МГ, которые в избытке находятся при пролиферативной фазе МГ. Процедуры лазерной коагуляции МГ в отделении проводили с периодичностью 1 раз в 3–4 нед. Больные были распределены на 3 группы: 1-ю составили 45 детей, которым была показана только лазерная коагуляция; 2-ю — 15 пациентов, у которых было использовано комбинированное лечение лазерной коагуляцией и местными β-блокаторами; 3-ю — 5 детей с гемангиомами крупных размеров, требующими специализированного хирургического лечения.

Результаты. При ведении больных с МГ авторами получен бесценный индивидуальный опыт определения тактики ведения детей с врождёнными гемангиомами. Точечные и поверхностные МГ могут быть подвергнуты криодеструкции или чаще лазерному удалению. Пропранолол и другие β-блокаторы произвели революцию в лечении МГ и открыли новые аспекты патофизиологии и лечения этих образований. Под действием β-блокаторов исходом обратного развития гемангиомы у детей является её полное исчезновение с хорошим косметическим результатом, депигментация МГ, её уплощение или рубцевание. Полученный опыт говорит о том, что каждый случай требует уникального подхода для дальнейшего лечения.

Выводы. Лечение гемангиом на ранней стадии формирования сопровождается их быстрой инволюцией, сокращаются сроки реабилитации и уменьшается вероятность рубцевания. Пропранолол — неоспоримо эффективный препарат для терапии МГ.

ВОПРОСЫ САНИТАРНОГО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ДЕВОЧЕК ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

**Коломацкая В.В., Леднёва В.С., Разуваева Ю.Ю.,
Перцева М.В., Ишкова О.И.**

Воронежский государственный медицинский университет
им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Актуальность. Неправильная интимная гигиена девочек часто сопровождается развитием воспалительных поражений слизистой оболочки наружных половых органов и влагалища. Вульвовагинит является частой причиной развития синехий у девочек до 6 лет.

Цель: определить осведомлённость родителей девочек дошкольного возраста о возможных причинах развития вульвовагинита.

Материалы и методы. В исследование включено 85 пациентов инфекционных отделений Областной детской клинической больницы № 2. Проведено анонимное анкетирование родителей девочек в возрасте до 6 лет.

Результаты. Установлено, что у 42 (42%) пациентов существует аллергическая реакция на пищевые продукты или лекарственные препараты. 67 (79%) родителей отметили, что с ними не проводили просветительскую работу по интимной гигиене ребёнка. 28 (33%) родителей подтвердили, что их участковый врач-педиатр не проводит осмотр наружных половых органов ребёнка. 17 (20%) родителей отмечают, что их ребёнок 3–4 раза в год болеет заболеваниями ЛОР-органов. Также было выявлено, что 26 (31%) родителей самостоятельно отмечали у своих детей появление выделений, наличие зуда и болезненности в области наружных половых органов после длительного приёма антибиотиков. Установлено, что 58 (68%) родителей используют мыло для подмывания девочек.

Выводы. Проведённый анализ данных анонимных анкет позволил выявить неосведомлённость родителей о причинах развития инфекционно-воспалительных заболеваний детей. Из-за отсутствия санитарно-просветительской работы с родителями возрастает риск развития гинекологических заболеваний у девочек дошкольного возраста.

ТРУДНОСТИ ДИАГНОСТИКИ БОЛЕЗНИ КРОНА

Коломацкая В.В., Онекиенко А.Е.

Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко Минздрава России, Воронеж

Актуальность. Болезнь Крона — хроническое воспалительное заболевание кишечника, в основе патогенеза и прогрессирования которого лежит аутоагрессия к толстой кишке.

Описание клинического случая. Мальчик Б., в возрасте 5 лет впервые появились жалобы на боли в животе, расстройство стула. В общем анализе крови (ОАК) — СОЭ 25 мм/ч, гемоглобин — 114 г/л. Резкое ухудшение течения болезни в 6,5 года — потерял 3 кг за месяц, слабость, боли в ногах, потеря аппетита. В общем анализе крови — СОЭ 37 мм/ч, гемоглобин — 115 г/л, PTL 581, WBC 12,1. Уровень сывороточного железа — 5,6 мкмоль/л. При УЗИ органов брюшной полости были выявлены спленомегалия и увеличенные мезентериальные лимфатические узлы до 11 × 5 мм. Ребёнок был консультирован гематологом: железодефицитная анемия (ЖДА) I степени и гастроэнтерологом: хронический гастродуоденит, мезаденит. СОЭ 45 мм/ч. Направлен на госпитализацию. При поступлении дефицит массы тела 11%, боль в животе, суставах. В ОАК: WBL 14,4, PTL 546, СОЭ 49 мм/ч. Уровни СРБ до 73,3 мг/л, сывороточное железо 3,1 ммоль/л, активность АСАТ 61 ед/л, КФК 1231 ед/л. Содержание кальпротектина 591 мкг/г (!). При ФГДС патологии не выявлено. Переведён в областную детскую клиническую больницу. Поставлен диагноз: Функциональная диспепсия, ЖДА I степени. ОАК: Hb 99 г/л, PTL 627, WBC 11, СОЭ 33 мм/ч. В биохимическом анализе крови: СРБ 19,2 мг/л. АНА отр. ВидеокOLONOSкопия — без патологии. Через 4 мес было выявлено появление на теле зудящей сыпи по типу кольцевидной эритемы, лихорадка до 38°C, боли в коленных суставах. Лечение стационарное: дексаметазон, антигистаминные средства. Диагноз: Атопический дерматит. Реактивная артропатия. ОАК WBC 11, Hb 108 г/л, PTL 507, СОЭ 23 мм/ч, б/х СРБ 44 мг/л. Субфебрилитет сохранялся. Через 6 мес боли в животе и суставах стали интенсивнее, появилась выраженная слабость. ОАК: СОЭ 38 мм/ч, гемоглобин 97 г/л, PTL 666, WBC 12,8. СРБ 40 мг/л, сывороточное железо 3,24 мг/л. Больной госпитализирован в кардиоревматическое отделение с диагнозом: Системное заболевание соединительной ткани неясного генеза. ЖДА. Капсульная эндоскопия — эрозивный гастрит. Деформация рубцовая ДПК. Язва ДПК. Эрозивный еунит, эрозивный илеит. Картина, характерная для бо-

лезни Крона. Выписан с диагнозом: Болезнь Крона с поражением тонкой кишки, впервые выявленная. ЖДА хроническая.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ COVID-19 У ДЕТЕЙ РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Комиссарова Т.В.², Михайленко М.А.²,
Ениватова Л.И.¹, Краснова Е.И.¹,

¹Новосибирский государственный медицинский университет Минздрава России, Новосибирск

²Детская городская клиническая больница № 3, Новосибирск

Цель: установить клинко-эпидемиологические особенности новой коронавирусной инфекции у детей различных возрастных групп.

Материалы и методы. Проведено одноцентровое пилотное открытое наблюдательное проспективное сплошное исследование 218 детей различного возраста с лабораторно верифицированным диагнозом «COVID-19» за период с марта по сентябрь 2020 г. Анализ подвергали основные эпидемиологические данные, включая возрастную структуру, а также особенности клинического течения данного заболевания.

Результаты. Развитие COVID-19-пневмонии было установлено в 11,5% случаев (25 пациентов), при этом значительно чаще пневмония регистрировалась у детей 1-го года жизни, а также у пациентов старше 12 лет (24 и 20% случаев соответственно), чем у детей других возрастных групп ($p \leq 0,05$). КТ1 регистрировалась у 13 (52%) пациентов, КТ2 — у 10 (40%), КТ3 — у 2 (8%). Ведущими клиническими симптомами COVID-19 у детей являлись гиперемия слизистых оболочек зева — у 100% (218); повышение температуры тела — у 95,9% (209), средние цифры при этом составляли 37,6°C (36,6; 38,2°C); кашель — у 19,7% (43, из них 21 с пневмонией); диарея — у 17,9% (39); рвота — у 6,4% (14); изменение аускультативной картины в лёгких — у 3,7% (8 с пневмонией). У грудных детей, больных COVID-19, чаще регистрировалась диарея, чем у пациентов старше 13 лет (35 и 4% случаев соответственно; $p = 0,001$). Кашель реже регистрировался у детей 1-го года жизни в сравнении с пациентами старше 13 лет (9 и 40% случаев соответственно; $p = 0,004$), такая же тенденция наблюдалась и при COVID-19-пневмонии (25 и 89% случаев соответственно; $p = 0,02$).

Выводы. Клиническая картина COVID-19 у детей разного возраста отличается неспецифичностью симптомов. Наблюдается определённая тенденция к более частому развитию COVID-19-пневмонии у детей 1-го года жизни, а также пубертатного возраста. Для детей грудного возраста с COVID-19-пневмонией характерна высокая частота атипичного течения заболевания, в то время как подростки чаще демонстрируют манифестную клиническую картину COVID-19.

ИЗМЕНЕНИЯ УРОВНЕЙ ИНТЕРФЕРОНА- α И ИНТЕРЛЕЙКИНА-2 В КРОВИ ПРИ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ЭПШТЕЙНА-БАРР У НОВОРОЖДЁННЫХ

Кравченко Л.В., Левкович М.А., Афонин А.А.,
Крукиер И.И.

Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, Ростов-на-Дону

Актуальность. Одна из проблем, с которой сталкиваются клиницисты при внутриутробной Эпштейна-Барр вирусной инфекции (ЭБВИ), является выраженность иммунных нарушений.