

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. Анализу 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.