

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.

Цель: определить изменения содержания интерлейкина-2 (ИЛ-2) и интерферона-α (ИФН-α) в крови при ЭБВИ у новорождённых.

Материалы и методы. Обследовано 26 новорождённых с ЭБВИ. Контрольную группу составили 15 новорождённых без герпесвирусной инфекции. Определение уровня ИЛ-2 и ИФН-α в сыворотке крови проводилось методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов для твердофазного иммуноферментного анализа ProCon IF2 plus, ProCon IL-2 (Россия). Все полученные данные обработаны статистически.

Результаты. Анализ клинических данных у новорождённых с ЭБВИ выявил такие признаки, как лихорадка (23% случаев), конъюгационная желтуха (43%), гипербилирубинемия (41%), гепатит (13%), лимфаденит (7,7%), ринофарингит (41%). У новорождённых с ЭБВИ отмечалось значимое по сравнению с контрольной группой повышение в сыворотке крови уровней ИЛ-2 [124,4 (54,5–415,1) и 89,2 (57,5–107,6) пг/мл соответственно; $p < 0,05$] и ИФН-α [15,4 (4,0–28,2) и 9,6 (6,3–15,4) пг/мл соответственно; $p < 0,04$]. У новорождённых в ответ на инфицирование герпесвирусами, в том числе ЭБВИ, развивается индуцибельный ответ, проявлением которого является также повышение уровней ИФН-α. В связи с этим увеличение концентраций ИФН-α в сыворотке крови можно рассматривать как пусковой механизм для продукции каскада цитокиновых реакций в ответ на внедрение вируса.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о срыве адаптационно-компенсаторных механизмов на фоне усиленной антигенной нагрузки у новорождённых с ЭБВИ. Существенное увеличение концентраций ИЛ-2 и ИФН-α в крови можно использовать как скрининговый маркер нарушений иммунного статуса новорождённых с ЭБВИ.

* * *

АНАЛИЗ ПРИЧИН ЗАДЕРЖКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

Крючкова Т.А.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Актуальность. За последнее десятилетие у детей увеличилась частота задержки речевого развития (ЗРР) детей. Под этим термином понимают более позднее в сравнении с возрастной нормой овладение устной речью детьми младше 3 лет. Перинатальная патология ЦНС играет значительную роль в формировании речевых нарушений у детей.

Цель: определить факторы риска и причины развития ЗРР у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Проведён анализ 165 историй болезней детей (форма № 003/у), находившихся на обследовании и лечении в психоневрологическом отделении для детей раннего возраста в 2019–2021 гг.

Результаты. Установлено, что число детей с ЗРР составило 19,3% от общего количества пациентов за исследуемый период. ЗРР у мальчиков выявлялась значительно чаще, чем у девочек ($p < 0,001$). При этом установлена связь частоты встречаемости ЗРР у детей и возраста их матерей: у 35% детей с ЗРР матери имели возраст старше 30 лет. И только у 12% детей с ЗРР матери были в возрасте 20–25 лет. У всех обследованных пациентов в анамнезе определялась патология во время беременности и родов у их матерей. У 52,7% матерей обследованных детей были преждевременные роды на сроке гестации до 37 нед. Во время беременности у матерей больных детей (в 80,6% случаев) выявлялась хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН). У 40,5% обследованных детей в анамнезе отмечалась хроническая внутриутробная гипоксия плода (ХВГП). В 19,4% случаях у ма-

терей во время беременности были отмечены такие осложнения, как угроза прерывания беременности, гестозы и пр. У 60% детей с ЗРР были выявлены резидуальные поражения ЦНС, а у 38% детей — перинатальные поражения ЦНС; 5,5% детей с ЗРР страдали эпилепсией; 62% детей имели патологические отклонения со стороны органов зрения, в основном в виде ангиопатии сетчатки.

Выводы. ЗРР более чем в 2 раза чаще встречается у мальчиков (69,7%), чем у девочек (30,9%). Возраст матерей обследованных детей с ЗРР в среднем составлял от 30 до 35 лет. Из всех обследованных детей с ЗРР более 50% — это недоношенные дети. Часто встречающимися формами патологии во время беременности у матерей больных детей являются ХФПН и ХВГП, которые способствовали формированию речевых нарушений у детей после их рождения. Поражения органов зрения, резидуальные и перинатальные поражения ЦНС являются самыми частыми формами патологии у детей с ЗРР.

Для осуществления ранней диагностики и коррекции ЗРР необходимо проводить профилактику и своевременное эффективное лечение осложнений беременности, диспансерное наблюдение невролога и педиатра за детьми с подозрением на ЗРР и их оздоровление.

* * *

ФАКТОРЫ РИСКА РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ С ЭКСТРЕМАЛЬНО НИЗКОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Крючкова Т.А., Дюмин И.И.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Белгород

Актуальность. В условиях неблагоприятной демографической ситуации и значительного ухудшения состояния здоровья женщин фертильного возраста особую актуальность приобретает сохранение жизни и здоровья каждого родившегося ребёнка. Пристального внимания требует выхаживание детей, родившихся недоношенными, с очень низкой (ОНМТ) и экстремально низкой массой тела (ЭНМТ), поскольку эти дети составляют группу высокого риска по смертности, заболеваемости и формированию инвалидности.

Цель: провести анализ причин и факторов риска рождения младенцев с ЭНМТ.

Материалы и методы. Проведён анализ историй болезней 118 новорождённых с ЭНМТ, находившихся в отделении реанимации и интенсивной терапии новорождённых (ОРИТН) с 2019 по 2021 гг.

Результаты. Установлено, что 118 детей с ЭНМТ при рождении составили 10% от всех поступивших в ОРИТН детей, родившихся на сроках 21–30 нед беременности. Масса их тела составила 490–999 г. Частота рождаемости детей с ЭНМТ за указанный период существенно уменьшилась — с 10,6% в 2019 г. до 7,2% в 2021 г. ($p < 0,05$). Смертность недоношенных с ЭНМТ при рождении также значительно снизилась — с 45% до 24% ($p < 0,001$) в результате лечения и выхаживания за исследуемый период. Основные причины экстремально раннего завершения беременности — неблагоприятное её течение и различная патология плода: хроническая фетоплацентарная недостаточность (ХФПН) (64,5%), урогенитальные инфекции (57%), экстрагенитальная патология (49,5%). Во время беременности у матерей чаще всего выявлялись ХФПН (64,5%) и нефропатии беременных (15%). При этом была выявлена связь частоты рождения детей с ЭНМТ и возраста рожениц. У женщин в возрасте старше 30 лет риск рождения ребёнка с ЭНМТ почти на 60% больше.

В структуре заболеваемости детей с ЭНМТ ведущее место занимали генерализованные внутриутробные инфекции и бак-