

зацией по резус-фактору составил 224 ± 62 мкмоль/л, у детей, имевших конфликт по АВ0 – 205 ± 64 мкмоль/л. Из 50 детей исследуемой группы, 37 новорожденных (74 %) имели внутриутробную инфекцию как сопутствующее заболевание. Средний возраст перевода из роддома в стационар для дальнейшего лечения и наблюдения составил для детей, имевших изоиммунизацию по резус-фактору $5,6 \pm 1,6$ суток жизни, для детей с изоиммунизацией по АВ0 $5,3 \pm 1,5$ суток жизни.

Выводы

Все новорожденные, болевшие ГБН по резус-фактору, родились от повторных беременностей и родов. Средний возраст матерей на момент родов был выше, чем у матерей детей, болевших ГБН по АВ0. У 84 % женщин, имевших резус-конфликт с плодом, отмечался повышенный титр антител во время беременности. 35 % детей с изоиммунизацией по резус-фактору родились в состоянии асфиксии. У детей с резус-конфликтом в 87 % случаев наблюдалась желтушно-анемическая форма, у детей с конфликтом по АВ0-системе чаще (58 %) встречалась желтушная форма заболевания. 84 % детей с ГБН по АВ0 имели А (II) группу крови. Средний уровень гемоглобина в первом анализе крови у детей с резус-конфликтом был ниже, чем у детей с конфликтом по группе крови. Максимально высокие цифры билирубина были выше у детей с ГБН по резус-фактору. Данный анализ позволяет сделать вывод о более тяжелом течении ГБН по резус-фактору в сравнении с ГБН по АВ0.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Володин, Н. Н. Неонатология. Национальное руководство. Краткое издание / Н. Н. Володин. – М.: ГЭО-ТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Mitra, R. Blood groups systems / R. Mitra, N. Mishra, G. P. Rath // Indian J Anaesthesia. – 2014. – № 58 (5). – P. 524–528.
3. Klein, H. Blood transfusion in clinical medicine / H. Klein, D. Anstee, P. Mollison // London: Blac-well Publishing. – 2005. – P. 891.

УДК 616.514-036.11-02-053.2

И. О. Лющёнок, Д. А. Винник

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРОЙ КРАПИВНИЦЫ У ДЕТЕЙ

Введение

Крапивница (*urticaria*) – группа заболеваний, основным симптомом которых является уртикарный элемент на коже, представляющий собой отёк ограниченного участка, главным образом сосочкового слоя дермы, расширение лимфатических и кровеносных сосудов, незначительный периваскулярный инфильтрат, состоящий преимущественно из лимфоцитов [1]. Крапивница и аллергические отёки являются одной из наиболее частых клинических форм аллергической патологии в детском возрасте [2]. В практике педиатра крапивница встречается от 2 до 30 % случаев [3], но особенности течения и этиологии заболевания у детей изучены недостаточно. Крапивница и ангионевротический отёк, которые длятся не более 6 недель, относятся к острой форме заболевания.

Для острой крапивницы характерно быстрое появление волдырей и быстрое их исчезновение в течение 24 часов без формирования вторичных кожных элементов. Но в 40 % случаев патология сочетается с ангиоотёком век, губ, половых органов, слизистых оболочек (в том числе дыхательных путей и пищеварительного тракта), кожи конечностей. Поэтому важно учитывать, что острая крапивница может стать причиной ургентных ситуаций.

В основе острой крапивницы наиболее часто лежит реакция гиперчувствительности 1-го типа. При этом активация Th2-лимфоцитов у предрасположенных лиц сопровождается избыточным синтезом интерлейкинов ИЛ-4 и ИЛ-13. Интерлейкины стимулируют гиперпродукцию В-лимфоцитами специфических Ig E, фиксирующихся на рецепторах тучных клеток. Взаимодействие специфических Ig E с аллергеном приводит к активации рецепторов и дегрануляции тучных клеток [4].

Среди провоцирующих факторов острой крапивницы у детей первое место занимают пищевые триггеры (молоко, яйца, пшеница, курица, фрукты, морепродукты, мед, орехи, цитрусовые, копчености), второе – лекарственные средства (антибиотики, нестероидные противовоспалительные препараты, витамины группы B, противосудорожные средства). Часто острая крапивница провоцируется вирусами, бактериями, паразитами, ядами перепончатокрылых насекомых, различными аэроаллергенами. В зависимости от возраста преобладают те или иные факторы. Так у детей до 3 лет в генезе крапивницы преобладает пищевая аллергия, у детей старшего возраста наиболее частыми причинами острой крапивницы является патология желудочно-кишечного тракта, вирусные инфекции.

Цель

Изучить этиологию острой крапивницы в детском возрасте.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 65 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте с 6 месяцев до 18 лет, проходивших обследование и лечение в У «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Острая крапивница» и «Отёк Квинке» в 2022 году. Критерием для постановки диагноза служило наличие уртикарных элементов, которые разрешались без вторичных изменений на коже. Всем детям проводилось общеклиническое и лабораторное исследование. По показаниям выполнялась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией слизистой и определением *Helicobacter pylori*. Учитывали особенности антенатального периода, периода грудного вскармливания и характер вскармливания на первом году жизни. Собран и проанализирован наследственный и аллергологический анамнез.

Статистическая обработка результатов проводилась при помощи компьютерной программы Statistica 10,0. Полученные данные представлены абсолютным числом (n) и относительной величиной (%).

Результаты исследования и их обсуждение

Изолированная острая крапивница диагностирована у 39 (60,0 %) пациентов, у 26 (40,0 %) пациентов острая крапивница сочеталась с отёком Квинке. Среди исследуемых пациентов было 27 (41,5 %) мальчиков и 38 (58,5 %) девочек. Средний возраст пациентов составил 6 (3–13). Наибольшая частота встречаемости отмечалась в возрастной группе детей от 6 месяцев до 6 лет – 29 (44,6 %), с 6 до 12 лет острая крапивница встречалась у 17 (26,2 %), старше 12 лет – у 19 (29,2 %).

По данным нашего исследования в 52,3 % (34) случаев у детей, страдающих крапивницей, имело место у их матерей осложненное течение беременности (угроза прерывания беременности, токсикоз первой половины беременности). Обострение соматической патологии на фоне беременности имело место в 18,5 % (12) случаев.

Период грудного возраста имел следующую картину: с рождения на искусственном вскармливании находились 49,2 % (32) детей, естественное вскармливание до 3 месяцев имело место в 18,5 % (12), до года – 32,3 % (21). Признаки экссудативно-катарального диатеза у детей наблюдались в 43,1 % случаев. Это указывает на исходную мембранную нестабильность и недостаточность системы гистаминопексии.

Отягощенный наследственный анамнез по аллергическим заболеваниям выявлен в 47,7 % (31) случаев. Сопутствующая аллергопатология регистрировалась у 30 (46,2 %)

пациентов. При этом бронхиальная астма встречалась у 21 (32,3%) пациента, аллергический ринит – у 9 (13,8 %), аллергический конъюнктивит – у 3 (4,6 %), атопический дерматит – у 6 (9,2 %).

Из сопутствующей соматической патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта в 38,5 % (25) случаев. Так хронические гастриты и гастродуодениты диагностированы у 12 (18,5 %) обследуемых детей, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 6 (9,2 %), дуоденогастральный рефлюкс – у 2 (3,1 %), дисбактериоз кишечника – у 5 (7,7 %) детей.

Среди причин острой крапивницы выступали пищевые продукты в 67,7 % (44) случаев. Лидировали фрукты – у 58,5 % пациентов и сладости – у 27,7 %. Острая крапивница пищевого генеза чаще встречалась в возрастной группе от 6 месяцев до 6 лет (52,8 %).

В 10,8 % (7) случаях появление острой крапивницы было связано с обострением хронического гастрита, при этом тест на *Helicobacter pylori* был положительным. В 12,3 % (8) случаев выявлено одновременное воздействие нескольких триггеров: пищевых продуктов и инфекции. В 9,2 % (6) случаев острой крапивницы выявить причину не удалось.

Выводы

1. Таким образом, острая крапивница у детей является многофакторным заболеванием и встречается чаще у детей до 6 лет (44,6 %).

2. Формирование атопической конституции способствуют такие факторы, как осложнённое течение беременности, соматические заболевания, искусственное вскармливание на первом году жизни.

3. Половина пациентов с острой крапивницей и отёком Квинке имеют отягощенный семейный аллергоанамнез.

4. Чем младше ребенок, тем больше вклад пищевой непереносимости в генез заболевания (52,8 %).

5. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта приводят к изменениям процессов пищеварения и всасывания, что способствует прогрессированию пищевой сенсibilизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Martin, A. Stern. Urticaria (hevis, nettlerash) / A. Martin // Asthma Allergy Information Research. – 2001. – P. 1–15.
2. Балаболкин, И. И. Атопические заболевания у детей: современная концепция патогенеза и терапия / И. И. Балаболкин // Вестник Российской академии медицинских наук. – 2003. – № 8. – С. 30–34.
3. Колхир, П. В. Крапивница и ангиоотек / П. В. Колхир // Практическая медицина. – 2012. – С. 364.
4. Maurer, M, Management and treatment of chronic urticarial / M. Maurer, M.K. Church, M. Goncalo // J Eur Acad Dermatol Venereol. – 2015. – Vol. 29 (3). – P. 16–32.

УДК 616-053.3-073.175

М. В. Майстрова

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

В соответствии с клиническими протоколами (ЮНИСЕФ, 2010), маловесный ребенок – это новорожденный с массой тела менее 2500 г. Неонатологи и педиатры к маловесным детям относят таких новорожденных, которые к определенному сроку гестации не набирают положенной массы. К этой же группе относят недоношенных детей, имеющих