

Секция «Педиатрия»

Проведенное лечение: монтелукаст, цетиризин, мометазон в нос, протаргол в нос. Выписана с улучшением.

Рекомендовано: продолжить прием монтелукаста до 3 месяцев, цетиризина до 1 месяца, мометазон в нос в течение месяца, промывание носа гипертоническим солевым раствором. Повторная консультация аллерголога через 3 месяца.

Результаты исследования и их обсуждение

Данный случай подтверждает высокую частоту респираторной инфекции у пациентов с аллергическими заболеваниями по сравнению с пациентами без проявлений аллергии что согласуется с опубликованными данными: в группе детей с аллергическими заболеваниями выявлено в 13 раз больше острых респираторных инфекций по сравнению с группой детей без аллергических заболеваний, в 6 раз больше случаев среднего отита, в 5 раз больше фарингитов, в 4 раза чаще развивалась пневмония [2]. Похожие результаты были получены и в исследовании K. J. Kvaerner et al., проведенном среди детей дошкольного возраста (4–5 лет). В ходе анализа было показано, что наличие атопии существенно увеличивало риск развития инфекций верхних дыхательных путей [3].

Выходы

Описанный клинический случай показывает необходимость учета семейного алергоанамнеза, аллергического фона у детей с частыми респираторными инфекциями, особенно протекающими с поражением верхних дыхательных путей. Ранняя диагностика аллергического ринита у часто болеющего ребенка, назначение рациональной терапии позволяет предупредить прогрессирование процесса и сохранить здоровье ребенку и качество жизни ребенка и семьи.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозова, М. И. Возбудители острых респираторных вирусных инфекций : учеб. пособие / М. И. Морозова, В. Л. Мельников, Н. Н. Митрофанова. – Пенза : Изд-во ПГУ, 2015. – 80 с.
2. Себекина, О. В. Острые респираторные вирусные инфекции у пациента с аллергическим ринитом / А. В. Себекина // Астма и аллергия. – 2017. – № 1. – С. 14–18.
3. Kvaerner, K. J. Upper respiratory morbidity in preschool children: a cross-sectional study / K. J. Kvaerner, P. Nafstad, J. Jaakkola // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2000. – V. 126. – № 10. – P. 1201.

УДК 616.5-002.525.2

С. С. Ивкина, А. И. Зарянкина

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»,
г. Гомель, Республика Беларусь*

СИСТЕМНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА У ДЕТЕЙ

Введение

Системная красная волчанка (СКВ) – это аутоиммунное заболевание неустановленной этиологии, характеризующееся генетически обусловленным нарушением иммунной регуляции, образованием широкого спектра органонеспецифических аутоантител к различным компонентам клеток, развитием иммунного воспаления, генерализованным поражением микроциркуляторного русла и системной дезорганизацией соединительной ткани с кожными, суставными и висцеральными изменениями [1–3].

Секция «Педиатрия»

Пик заболевания приходится на возраст 14–25 лет (средний возраст дебюта – 11–12 лет), болеют преимущественно девочки и молодые женщины. Соотношение женщин и мужчин – 4,5:1. Смертность при СКВ в 4 раза выше, чем в популяции [1–2].

Цель

Изучить первичную заболеваемость детей Гомельской области СКВ с анализом заболеваемости по регионам и годам, особенности клинического течения с расчетом относительного риска вовлечения в патологический процесс внутренних органов и систем (сердце, почки, суставы).

Материалы и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 96 медицинских карт стационарного пациента (форма №003/у-07) 24 детей, которые находились на обследовании и лечении в кардиоревматологическом отделении У «Гомельская областная детская клиническая больница» с января 2005 года по декабрь 2023 года с диагнозом СКВ.

Обработка и статистический анализ исследуемых данных проводилась с использованием электронных таблиц «Microsoft Office Excel» и пакетов статистических программ «Statistica» 12.0, GraphPad Prism 8. Для оценки значимости рассматриваемых параметров рассчитывался относительный риск (ОР) развития осложнений заболевания. Доверительные интервалы (ДИ) рассчитывались для вероятности $p=95\%$ (95 % ДИ). Для сравнительной характеристики признаков использовались непараметрические методы исследования: сравнение двух независимых выборок – U-критерий Манна – Уитни, точный двусторонний критерий Фишера. За уровень статистической значимости принимался $p\leq 0,05$.

При сравнении корреляционных связей двух независимых групп по одному признаку был использован метод параметрической статистики – коэффициент линейной корреляции Пирсона, и непараметрический метод – классический критерий χ^2 по Пирсону и метод ранговой корреляции Спирмена и Кендалла.

Результаты исследования и их обсуждения

За период с 2005 по 2023 гг. в отделении было пролечено 24 ребенка с СКВ возрасте от 9 до 17 лет.

Анализируемую группу составили 24 ребенка (5; 20,8 % мальчиков и 19; 79,2 % девочек) с СКВ в возрасте от 9 до 17 лет. Большинству детей (16; 66,7 %) диагноз «Системная красная волчанка» был выставлен в возрасте 12–15 лет и старше, 8 (33,3 %) детям диагноз был выставлен в возрасте до 12 лет. Распределение пациентов по полу указывает на преобладание девочек над мальчиками в соотношении 3,8:1. Число городских жителей – 16 (67,0 %) детей, сельских – 8 (33,0 %).

Анализ частоты встречаемости СКВ у детей в районах Гомельской области показал наибольшую частоту случаев в Гомельском (5 случаев), Мозырском (4 случая) и Светлогорском (3 случая) районах. Первичные клинические проявления заболевания имеют важное значение в клинико-эпидемиологических исследованиях для диагностики СКВ. У большинства детей заболевание начиналось с жалоб на общую слабость, быструю утомляемость при физической нагрузке, повышение артериального давления и температуры до субфебрильных значений. У 20 (83,3 %) пациентов заболевание началось с проявлений на лице в виде «волчаночной бабочки», у 19 (95,0 %) из них отмечались и другие проявления дерматита. Стойкая анемия диагностирована у 19 (79,2 %) детей, миалгии и артралгии – у 13 (54,2 %). У каждого четвертого заболевшего было выпадение волос и/или разрушение зубов (6; 25,0 %).

Секция «Педиатрия»

Для большинства детей был характерен кожно-слизистый синдром. Среди его проявлений наиболее типичной была «волчаночная бабочка» (20 детей; 83,3 %). Дискоидные эритематозные очаги с гиперемией были выявлены у 14 (58,3 %) детей. В 25,0 % (6 детей) случаях отмечалась очаговая алопеция. У всех детей наблюдалась фотосенсибилизация. Поражение слизистых в виде хейлитов и стоматитов отмечалось у 16 (66,7 %) детей. Поражение сердечно-сосудистой системы характеризовалось развитием перикардита (6; 25,0 %), миокардита (3; 2,5 %); нарушениями ритма сердца: синусовая тахикардия, предсердная или желудочковая аритмии, частичная или полная атриовентрикулярная блокады (16; 66,7 %). Вовлечение в процесс почек отмечалось у половины пациентов: лупус-нефрит был выявлен у 7 (29,2 %) детей и проявлялся в виде протеинурии и гематурии. Среди повреждений опорно-двигательного аппарата наиболее часто встречался суставной синдром (12; 50,0 %), проявляющийся симметричным поражением коленных суставов, лучезапястных, межфаланговых суставов кистей, артритом, миалгией. У 4 (16,7 %) пациентов отмечались компрессионные переломы грудного и поясничного отделов позвоночника. Вовлечение в патологический процесс центральной нервной системы наблюдалось у 17 (70,8 %) пациентов, проявлялось головокружением, головной болью, эмоциональной лабильностью, повышенной возбудимостью, нарушением памяти и сна. Нарушение функции зрения было диагностировано у 14 (58,3 %) детей. Наиболее часто встречались рецидивирующие конъюнктивиты (11; 45,8 %), односторонняя катаректа (10; 41,7 %), реже – двусторонняя катаректа (3; 12,5 %). Ввиду длительного приема глюкокортикоидов у 8 (33,3 %) детей развился меди-каментозно-индуцированный синдром Иценко-Кушинга.

В ходе анализа данных была выявлена умеренная отрицательная корреляция между возрастом манифестации заболевания и тяжестью его протекания ($r = -0,668$), следовательно, чем раньше проявлялось заболевание, тем тяжелее оно протекало в дальнейшем.

Из 24 детей с СКВ у 9 (37,5 %) пациентов одним из проявлений заболевания был кардит. Относительный риск вовлечения в патологический процесс сердца в зависимости от длительности заболевания представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Относительный риск развития кардита у пациентов с СКВ в зависимости от длительности заболевания

Группа	Кардит		р	ОР (95 %ДИ)
	Есть	Нет		
В течение 3-х лет	6 (25 %)	2 (8,3 %)	р=0,0254	ОР= 4,00 1,337–11,965
После 3-х лет	3 (12,5 %)	13 (54,2 %)		

У 6 (66,7 %) детей из 9, имеющих поражение сердца, кардит развился в течение первых 3-х лет заболевания. У 3 (33,3 %) детей – в период болезни более 3-х лет. Таким образом, относительный риск развития ранних (в течении 3-х лет) кардиальных проявлений составил 4,0 (1,337 – 11,965).

Из 24 детей с СКВ у 7 (29,2 %) пациентов наблюдалось проявление лупус-нефрита. относительный риск развития лупус-нефрита у пациентов с СКВ в зависимости от длительности заболевания представлен в таблице 2.

Секция «Педиатрия»

Таблица 2 – Относительный риск развития лупус-нефрита у пациентов с СКВ в зависимости от длительности заболевания

Группа	Лупус-нефрит		р	ОР (95%ДИ)
	Есть	Нет		
В течение 3-х лет	5 (20,8%)	3 (12,5%)	р=0,039	ОР= 5,00 1,229–20,340
После 3-х лет	2 (8,3%)	14 (58,4%)		

У 5 (80,0 %) детей из 7, имеющих поражение почек, нефрит развился в течение первых 3-х лет заболевания. У 2 (20,0 %) детей – в период болезни более 3-х лет. Таким образом, относительный риск развития раннего (в течении 3-х лет) поражения почек составил 5,0 (1,229–20,340).

Из 24 детей с СКВ у 10 (41,7 %) был диагностирован артрит (табл. 3).

Таблица 3 – Относительный риск развития артрита у пациентов с СКВ в зависимости от длительности заболевания

Группа	Артрит		р	ОР (95 %ДИ)
	Есть	Нет		
В течение 3-х лет	8 (33,3%)	1 (4,2%)	р=0,0013	ОР= 11,200 1,652–75,935
После 3-х лет	2 (8,3%)	13 (54,2%)		

У 8 (80,0 %) из 10 детей, имеющих поражение суставов, артрит развился в первые 3 года заболевания. У 2 (20,0 %) детей артрит присоединился спустя 3 года болезни. Таким образом, относительный риск развития раннего (в течении 3-х лет) поражения суставов составил 11,200 (1,652–75,935).

Результаты расчетов показали, что в течение первых трех лет заболевания вероятность развития артрита (ОР = 11,200, ДИ 1,652–75,935) в 2,2 раза выше, чем вероятность развития нефрита (ОР = 5,00, ДИ 1,229–20,340) и почти в 3 раза выше вероятности развития кардита (ОР = 4,00, ДИ 1,337–11,965).

Выходы

Заболевание характерно для детей в возрасте 12 лет и старше (66,7 %); девочки болеют в 4 раза чаще мальчиков (соотношение 3,8:1); городские жители – в 2 раза чаще сельских. За анализируемый период увеличение первичной заболеваемости отмечено в Гомельском, Мозырском и Светлогорском районах.

В ходе анализа была выявлена умеренная отрицательная корреляция между возрастом манифестации заболевания и тяжестью его течения ($r = -0,668$), что говорит о более тяжелом течении заболевания при старте в младшем школьном возрасте.

Системная красная волчанка у детей Гомельской характеризуется полисистемностью клинических проявлений (лихорадочным, кожно-слизистым, суставным, кардиальным, почечным, глазным синдромами). Развитие кардита, артрита и лупус-нефрита в течение первых трех лет болезни имеет статистическую значимость. Относительный риск развития артрита превалирует в 2,2 раза над развитием нефрита и почти в 3 раза над развитием кардита, что диктует необходимость своевременной диагностики заболевания и назначения базисной терапии с целью предупреждения прогрессирования процесса.

Секция «Педиатрия»

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Детская кардиология : учебник / под ред. П. В. Шумилова, Н. П. Котлуковой. – М. : МЕД-пресс-информ, 2018. – 584 с.
2. Kamphuis, S. Prevalence and burden of pediatric-onset systemic lupus erythematosus / S. Kamphuis, E. D. Silverman // Nat. Rev. Rheumatol. – 2010. – №6 (9). – P. 538–546.
3. Firestein and Kelley's Textbook of Rheumatology / G. S. Firestein [et al.] // Elsevier. – 2021. – Vol. 11. – P. 1932–1934.

УДК 614.2-053.2(476.2)

А. А. Козловский

*Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь*

СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ В ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Охрана здоровья детского населения является одним из приоритетных направлений государственной политики в Республике Беларусь [1]. За последние десятилетия наметилась четкая тенденция к улучшению демографических показателей: увеличение рождаемости и снижение младенческой смертности. Однако влияние неблагоприятных экологических, медико-биологических, социальных и других факторов порой приводит к росту заболеваемости детей разных возрастных групп [2, 3]. Правильно организованная лечебно-профилактическая деятельность врача-педиатра, врача общей практики способствует снижению заболеваемости детского населения, которая является маркером здоровья населения в целом [4].

Здоровье детей – актуальная проблема первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и наряду с другими демографическими показателями является барометром социально-экономического развития страны [5].

Цель

Провести анализ состояния здоровья и заболеваемости детского населения Гомельской области.

Материалы и методы исследования

Использованы официальные отчеты организационно-методического отдела учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» о медицинской помощи детям Гомельской области за 2019 год и 2023 год. Обработку материалов проводили описательно-оценочными и статистическими методами исследования. Статистическую обработку материалов осуществляли с помощью прикладного пакета «Microsoft Excel 2016» и программы «Statistica» 6.0. Для проверки статистической гипотезы о значимости отклонений того или иного показателя применяли t-критерий Стьюдента, используемый для нормального распределения значений в выборке. Различия между изучаемыми показателями считали статистически значимыми при значении $p \leq 0,05$.

Результаты исследования и обсуждение

На конец 2023 года в Гомельской области состояло на учете 272269 детей в возрасте от 0 до 17 лет, из них детей до 1 года – 3,4 % (9133 человека). Исключительно на грудном вскармливании до 6 месяцев находилось 3658 детей (40,1 %); на искусствен-