

2. Analysis of cardiac anomalies in VACTERL association / B. K. Cunningham [et al.] // Birth Defects Research (Part A). – 2013. – Vol. 97. – P. 792–797.

3. Структура врожденных пороков сердца у детей г. Гродно / Н. В. Томчик [и др.] // Актуальные проблемы медицины: сб. мат-лов итоговой научно-практической конференции, Гродно, 28–29 января 2021 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол: Е. Н. Кроткова [и др.]. – Гродно: ГрГМУ, 2021. – С. 857–859.

4. Врожденная дисплазия соединительной ткани и малые аномалии развития сердца у детей как фактор риска развития психической патологии / В. Л. Котляров [и др.] // РМЖ. Мать и дитя. – 2022. – № 5(4). – С. 346–350.

5. Гнусаев, С. Ф. Рабочая классификация малых аномалий развития сердца и их клиническое значение у детей / С. Ф. Гнусаев, Ю. М. Белозеров // Ультразвуковая и функциональная диагностика. – 2002. – № 2. – С. 175–176.

УДК 616.514-036.12-053.2(476.2)

Д. А. Винник, И. О Лющёнок

Научный руководитель: ассистент кафедры педиатрии Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ХРОНИЧЕСКАЯ КРАПИВНИЦА У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Хроническая крапивница (*urticaria chronica*) – это состояние, когда ежедневно или почти ежедневно, сроком более 6 недель появляются волдыри, каждый из которых существует не более 24 часов.

Распространенность хронической крапивницы составляет от 0,1 до 0,5 % популяции [1]. В среднем продолжительность заболевания составляет 3–5 лет. У 50 % из тех, кто перенес заболевание, может возникнуть рецидив, даже после длительной ремиссии [2]. Выделяют основные виды хронической крапивницы: обычная крапивница, физическая крапивница, контактная крапивница, наследственная крапивница или наследственный ангиоотек, психогенная крапивница. Различают экзогенные (физические – температурные, механические; химические – лекарственные средства; пищевые продукты) и эндогенные (патологические процессы во внутренних органах – гастрит, панкреатит) этиологические факторы. К инфекционным агентам, наиболее часто вызывающим крапивницу у детей, относятся гельминты [3]. Диагностика и поиск потенциальных причин развития хронической крапивницы одна из самых сложных и неоднозначных проблем современной медицины, требуется детальное обследование пациента на предмет инфекций (многие авторы склонны считать наиболее частой причиной развития хронической крапивницы *Helicobacter pylori*-ассоциированные гастриты), паразитарные инвазии, аутоиммунные заболевания, эндокринную патологию [4].

Цель

Изучить клинические особенности хронических крапивниц у детей, проживающих в Гомельской области.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ 32 медицинских карт стационарных пациентов в возрасте от 1 года до 18 лет, находившихся на лечении в педиатрическом отделении № 3 учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» с диагнозом «Хроническая крапивница» в 2022 году. Средний возраст пациентов составил 13 (10; 15). Из них 18 мальчиков (56,3 %) и 14 девочек (43,7 %). Всем пациентам проводилось клинико-лабораторное и инструментальное обследование. Проведен анализ сведений полученных при устном опросе родителей (наличие семейной отягощенности по аллергическим заболеваниям, спектр сенсibilизации). Полученные данные обработаны статистически с

использованием пакета прикладного программного обеспечения Statsoft (USA) Statistica 13,0. Данные представлены в виде медианы 25-го и 75-го перцентилей (Me (Q25–75)), абсолютным числом (n) и относительной величиной (%).

Результаты исследования и их обсуждение

Среди всех исследованных пациентов 17 (53,1 %) проживают в г. Гомеле, а 15 (46,9 %) в Гомельской области.

Согласно медицинской документации, наиболее часто хроническая крапивница встречалась в возрасте с 11 до 14 лет – 37,5 % (12 детей) и в возрасте с 15 до 18 лет – 34,4 % (11 детей), в возрастной группе с 7 до 10 лет частота встречаемости составила 21,9 % (7 пациентов), с 3 до 6 лет – 6,2 % (2 пациента).

Анализ клинико-anamnestических данных показал, что отягощенный семейный аллергологический анамнез отмечен у 56,3 % (18) детей. В личном аллергологическом анамнезе у 75 % (24) детей выявлены: аллергический ринит – у 37,5 % (9) пациентов, аллергический конъюнктивит – у 16,7 % (4), лекарственная аллергия – у 12,5 % (3), атопический дерматит – у 33,3 % (8) пациентов. По поводу этих заболеваний данные дети уже состояли на диспансерном наблюдении у аллерголога.

Предполагаемые факторы, спровоцировавшие обострение, были конкретизированы родителями в 81,3 % случаев, в 18,7 % случаев они остались неизвестными. Наиболее часто обострение было вызвано пищевыми аллергенами: употреблением цитрусовых (7; 21,9 %), сладостей (5; 15,7 %), яиц (5; 15,7 %), молока и молочных продуктов (2; 6,2 %). У 2 (6,2 %) пациентов обострение хронической крапивницы возникало после физической нагрузки. Единичные случаи после волнения и стресса (1; 3,1 %), после пребывания на солнце (1; 3,1 %), после контакта с котом и использования косметических средств (по 1; 3,1 % соответственно).

Повышение общего Ig E по данным ИФА были выявлены у 65,6 % (21) пациентов с хронической крапивницей.

Гастроэнтерологическая патология (гастроэзофагеальный рефлюкс, хронический гастрит, дуоденогастральный рефлюкс) выявлена у 12,5 %; 40,6 %; 12,5 % соответственно. Хронический гастрит ассоциированный с *H. pylori*, по данным биопсии слизистой оболочки антрального отдела желудка, обнаружен у 34,3 % (11) пациентов. Нарушение биоценоза кишечника диагностировано у 21,9 % (7) пациентов. У 18,8 % пациентов диагностирована глистная инвазия, из них у 9,4 % (3) – лямблиоз, у 6,3 % (2) – энтеробиоз и у 6,3 % (2) – токсокароз. Всем детям было проведено противогельминтное лечение.

Аллергопанель проведена 27 (84,4 %) детям. Сенсibilизация к пищевым аллергенам была выявлена у 85,2 % (23) детей. Преобладала сенсibilизация к молоку, говядине, яйцам, казеину, пшеничной муке. Все дети имели повышенный уровень специфического Ig E к нескольким пищевым продуктам. Эпидермальная сенсibilизация отмечена у 7,4 % (2) пациентов, сенсibilизация к пыльцевым аллергенам у 11,1 % (3).

Среднее число дней пребывания на стационарной койке пациентов в случае хронической крапивницы составило $10,32 \pm 2,4$ дня.

Выводы

1. В группе обследованных детей наибольшая частота встречаемости отмечалась в возрастной группе детей с 11 до 14 лет (37,5 %).

2. Отягощенную наследственность по аллергическим заболеваниям имеет более половины детей (56,3 %) с хронической крапивницей. У 75 % детей отягощен личный аллергологический анамнез.

3. При аллергическом обследовании выявлена сенсibilизация к пищевым аллергенам у 85,2 % пациентов.

4. У 65,6 % детей с хронической крапивницей в результате обследования выявлена сопутствующая гастроэнтерологическая патология. У 18,8 % глистная инвазия.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Greaves, M. W. Chronic idiopathic urticaria / M. W. Greaves // *Curr Opin Allergy Clin. Immunol.* – 2003. – Vol. 3. – P. 363–368.
2. Горячкина, Л. А. Клиническая аллергология и иммунология. Руководство для практикующих врачей / Л. А. Горячкина, К. П. Кашкина. – М.: Миклош, 2009. – С. 222–271.
3. Wong, J. Y. Rapid oral challenge-desensitization for patients with aspirin-related urticaria angioedema / J. Y. Wong, C. T. Nagy, T. J. Krinzman // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2000. – № 105(5). – P. 997–1001.
4. Ревякина, В. А. Крапивница в практике педиатра / В. А. Ревякина // *Лечащий Врач.* – 2007. – Вып. 4. – С. 84.

УДК 616.33+616.342]-002.45-053.2

О. Г. Галченкова, М. М. Медведская

Научный руководитель: ассистент С. К. Лозовик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

Введение

Язвенная болезнь (ЯБ) желудка и/или двенадцатиперстной кишки – мультифакториальное хроническое заболевание с образованием язв в желудке и/или двенадцатиперстной кишке с возможным прогрессированием и развитием осложнений.

В этиопатогенез ЯБ вовлечены как внешние (стресс, *Helicobacter pylori* (Hр), прием лекарственных препаратов, нарушение режима питания, курение, алкоголь), так и внутренние (патология нервной и/или гуморальной регуляции, эндокринные расстройства, кислотно-пептический фактор, снижение уровня простагландинов, циркуляторно-гипоксические поражения слизистой оболочки желудка, билиарный рефлюкс, наследственность) факторы риска. Важное значение в развитии заболевания играют общая и местная реакции организма, обуславливающие нарушение соотношения между факторами агрессии и факторами защиты, что приводит к изменению трофических процессов в слизистой оболочке желудка и двенадцатиперстной кишки и формированию язвенного дефекта. При этом существенная роль принадлежит наследственной предрасположенности, т.к. она повышает чувствительность организма к действию внешних факторов риска и определяет индивидуальные особенности строения пищеварительной, нервной, эндокринной, иммунной и др. систем, которые усиливают действия внутренних этиопатогенетических факторов [1].

Для нашей страны характерна тенденция к увеличению частоты ЯБ в детском возрасте. Так, за последние 20 лет это заболевание стало встречаться в 2,5 раза чаще. При этом следует отметить, что увеличение частоты ЯБ у детей большинство ученых связывает с широким распространением и внедрением в педиатрическую практику ФГДС, существенно повысившую выявляемость патологии. За последние 10 лет отмечается некоторая стабилизация эпидемиологических показателей ЯБ у детей [2].

Цель

Проанализировать особенности течения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки у детей, проживающих в Гомельской области.