

Таблица 2 – Рентгенологическая стадия ЮИА у детей, получающих адалимумаб

Рентгенологическая стадия	0	1	2	3	4
Количества детей, чел.	1	3	1	0	0
Количества детей, %	20	60	20	0	0

Заключение

Оценка клиничко-лабораторно-инструментальных данных госпитализированных детей раннего возраста с ЮИА, принимающих в качестве базисной терапии метотрексат, показала, что госпитализируются дети преимущественно с олигоартикулярным вариантом, серонегативным процессом, 1 ст. активности, в половине случаев с местным обострением процесса, умеренными изменениями в общем анализе крови воспалительного характера. Метотрексат как базисная терапия ЮИА у детей показал высокую противовоспалительную активность. Для детей, не отвечающих на прием метотрексата, препаратом выбора является адалимумаб («Хумира»).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Revision of the proposed classification criteria for juvenile idiopathic arthritis: Durban, 1997 / R. E. Petty [et al.] // J Rheumatol. – 1998. – Vol. 25 (10). – P. 1991–1994.
2. Салугина, С. О. Нозологическая диагностика ювенильного артрита на разных этапах наблюдения / С. О. Салугина // Современная ревматология. – 2010. – № 3. – С. 22–28.
3. Ювенильные артриты: диагностика и лечение / Л. Н. Игишева [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. – 2017. – № 1 (68). – С. 48–61.

УДК 616.5-002-071.1-056.45-053.2

А. И. Зарянкина, П. С. Садченко, Д. С. Ильюшенко

Учреждение образования

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

РОЛЬ СЕМЕЙНОГО АЛЛЕРГОАНАМНЕЗА В РАЗВИТИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА У ДЕТЕЙ

Введение

С учетом значительного увеличения распространенности хронических аллергических заболеваний, в том числе атопического дерматита (АтД), большое внимание в развитии заболевания уделяется взаимодействию генетических факторов и факторов окружающей среды [1]. Влияние генетических факторов усиливается «западным стилем» жизни, связанным с загрязнением окружающей среды, экспозицией ингаляционных аллергенов, проживанием в городе, современными «стандартами жизни» (применение центральных отопительных систем, двойное остекление окон, наличие ковров и ковровых покрытий, кондиционеров), способствующими увеличению концентрации аллергенов и раздражающих веществ внутри помещений; частыми ОРИ; психологической обстановкой в семье [2]. Изменение образа жизни и факторов окружающей среды в сочетании с наследственной предрасположенностью влечет за собой изменение типичной картины течения АтД, что создает необходимость постоянной переоценки наиболее значимых направлений работы системы здравоохранения и ее адаптации к новым условиям на основании комплексной оценки медицинских, социальных и экономических последствий [3].

Цель

Изучить влияние семейного аллергоанамнеза на развитие АтД у детей.

Материал и методы исследования

Проанализированы медицинские карты 70 детей с АтД, проходивших обследование и лечение в педиатрическом отделении № 3 У «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2023 г. Медиана возраста – 9 лет. Изучалось наличие аллергической патологии у близких родственников детей, страдающих АтД. Проанализирован наследственный анамнез с учетом пола, возрастной формы АтД, тяжести течения процесса и площади поражения кожных покровов (по SCORAD) [4], места проживания. Статистическая обработка данных проводилась при помощи программного обеспечения MS Excel 2021 и STATISTICA 12.0. Описательная статистика представлена количественными данными. Статистическая обработка произведена на основе расчета критерия Манна – Уитни при пороговом уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Отягощенность наследственного аллергологического анамнеза отметили 47 (67,1%) пациентов. У 12 детей (17,1%) наследственность отягощена по линии отца, у 27 (38,6%) – по линии матери, у 8 (11,4) – по обеим линиям наследования.

В анализируемой группе 7 (10,0%) пациентов имели младенческую форму АтД, 39 (55,7%) – детскую, 24 (34,3%) – подростковую.

Анализ семейного аллергоанамнеза с учетом возрастной формы представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Семейный аллергоанамнез у детей с различными формами АтД

Форма АтД	Отягощение по отцовской линии	Отягощение по материнской линии	Отягощение по обеим линиям наследования	Отсутствие аллергических заболеваний у близких родственников	Критерий Манна – Уитни (p)
Младенческая	1 (1,4%)	4 (5,7%)	1 (1,4%)	1 (1,4%)	$p < 0,05$
Детская	7 (10%)	13 (18,6%)	4 (5,7%)	15 (21,4%)	$p < 0,05$
Подростковая	4 (5,7%)	10 (14,3%)	3 (4,3%)	7 (10%)	$p < 0,05$

По распространенности: 8 (12,9%) пациентов имели ограниченный процесс, 61 (87,1%) – распространенный.

Анализ семейного аллергоанамнеза детей с АтД с учетом распространенности процесса представлен в таблице 2.

Таблица 2 – Семейный аллергоанамнез у детей с различной распространенностью АтД

Площадь поражения	Отягощение по отцовской линии	Отягощение по материнской линии	Отягощение по обеим линиям наследования	Отсутствие аллергических заболеваний у близких родственников	Критерий Манна – Уитни (p)
Распространенный	11 (15,7%)	24 (34,3%)	6 (8,6%)	20 (28,6%)	$p > 0,05$
Ограниченный	1 (1,4%)	3 (4,3%)	2 (2,9%)	3 (4,3%)	$p > 0,05$

В выборку вошли 41 девочка (58,5%) и 29 мальчиков (41,5%). Семейный аллергоанамнез у детей различного пола представлен в таблице 3.

Таблица 3 – Семейный аллергоанамнез у детей различного пола

Пол ребенка	Отягощение по отцовской линии	Отягощение по материнской линии	Отягощение по обеим линиям наследования	Отсутствие аллергических заболеваний у близких родственников	Критерий Манна – Уитни (p)
Женский	5 (7,1%)	16 (22,9%)	6 (8,6%)	14 (20%)	p>0,05
Мужской	7 (10%)	11 (15,7%)	2 (2,9%)	9 (12,9%)	p>0,05

Среди анализируемой выборки 41 (58,5%) ребенок проживал в г. Гомеле, 29 (41,5%) детей – жители районов Гомельской области.

Анализ семейного аллергоанамнеза детей с учетом места жительства представлен в таблице 4.

Таблица 4 – Семейный аллергоанамнез у детей с АтД в зависимости от места жительства

Место жительства	Отягощение по отцовской линии	Отягощение по материнской линии	Отягощение по обеим линиям наследования	Отсутствие аллергических заболеваний у близких родственников	Критерий Манна – Уитни (p)
Село	5 (7,1%)	16 (22,9%)	3 (4,3%)	5 (7,1%)	p>0,05
Город	7 (10%)	11 (15,7%)	5 (7,1%)	16 (22,9%)	p>0,05

Течение АтД может быть разной степени тяжести [4]. С легкой степенью течения АтД было 15 (21,4%) пациентов, со средней степенью – 53 (75,7%), с тяжелой – 2 (2,9%) ребенка.

Анализ семейного аллергоанамнеза детей с учетом степени тяжести течения АтД представлен в таблице 5.

Таблица 5 – Семейный аллергоанамнез у детей с различной степенью тяжести течения АтД

Степень тяжести процесса	Отягощение по отцовской линии	Отягощение по материнской линии	Отягощение по обеим линиям наследования	Отсутствие аллергических заболеваний у близких родственников	Критерий Манна – Уитни (p)
Легкая	4 (5,7%)	4 (5,7%)	3 (4,3%)	4 (5,7%)	p>0,05
Средняя	8 (11,4%)	22 (31,4%)	5 (7,1%)	18 (25,7%)	p>0,05
Тяжелая	0	1 (1,4%)	0	1 (1,4%)	p>0,05

Заключение

У большей половины детей с АтД (67,1%) отягощен семейный аллергоанамнез. У каждого третьего ребенка с АтД отягощен семейный аллергоанамнез по материнской линии, у каждого пятого – по отцовской. Достоверной зависимости развития АтД у детей различного пола, места проживания, тяжести течения процесса и площади поражения кожных покровов от семейного аллергоанамнеза не выявлено. Это может свидетельствовать о комплексном влиянии различных факторов внешней среды на неблагоприятный семейный аллергоанамнез, что приводит к росту аллергических заболеваний, в том числе АтД у детей, в современных условиях. Полученные данные необходимо учитывать для профилактики развития АтД.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Роль нарушений эпидермального барьера при атопическом дерматите: современные концепции патогенеза заболевания / Н. Н. Мурашкин [и др.] // Вопросы современной педиатрии. – 2018. – Т. 17, № 1. – С. 85–88.
2. Хоха, Р. Н. Факторы макроуровня, влияющие на показатель заболеваемости атопическим дерматитом у детей / Р. Н. Хоха // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 15, № 3. – С. 301–305.
3. Бремя атопического дерматита в современных условиях / Л. Ю. Безмельницына [и др.] // Популяционное здоровье. – 2022. – № 7. – С. 52–67.
4. Клинический протокол диагностики и лечения атопического дерматита у детей [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь, 08 авг. 2014 г., № 829 // Национальный центр законодательства и правовой информации Республики Беларусь. – Режим доступа: <https://etalonline.by/document/?regnum=u614e2887>. – Дата доступа: 01.10.2024.

УДК 616.248-053.4-08

А. И. Зарянкина, А. Н. Самохвалова, А. А. Новиков

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ. ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – это гетерогенное заболевание, которое характеризуется хроническим воспалением дыхательных путей и диагностируется по респираторным симптомам свистящего дыхания (визинга), одышки, стеснения в груди или кашля, переменных по длительности и интенсивности, в сочетании с обратимой обструкцией дыхательных путей [1].

В настоящее время изучением диагностики, лечения и профилактики БА, основанной на новейших достижениях в области медицины, фармакологии и молекулярной биологии занимается GINA (Глобальная инициатива по бронхиальной астме) – организация, основанная ВОЗ и Национальным институтом сердца, легких и крови США в 1983 г. Главная цель этой организации – повышать осведомленность профессионалов об астме, улучшать меры по профилактике и ведению этого заболевания.

Многие национальные рекомендации практически полностью базируются на принципах Глобальной стратегии лечения и профилактики бронхиальной астмы.

Главная цель терапии пациентов с БА – это достижение контроля и управление БА. Согласно схеме, приведенной в GINA-2020, на первой ступени следует использовать по требованию короткодействующие В₂-агонисты (КДБА). На второй ступени – ежедневные низкие дозы ингаляционных кортикостероидов (иГКС) или антагонистов лейкотриеновых рецепторов (АЛТР). На третьей ступени – двойная низкая доза иГКС или сочетание низких доз иГКС с АЛТР. На четвертой ступени – увеличение дозы иГКС и комбинации вышеназванных препаратов.

Создание и широкое использование иГКС существенно повлияло на возможности достижения контроля течения астмы. иГКС, обладая мощным противовоспалительным действием, воздействуют на основные механизмы формирования БА. Но несмотря