

Наиболее часто заболевания желудочно-кишечного тракта встречались в группе пациентов со средней степенью тяжести течения атопического дерматита, что связано с наибольшим количеством детей в этой группе. Зависимости заболеваний желудочно-кишечного от степени тяжести течения АД не выявлено.

Выводы

Атопический дерматит наиболее часто встречается у детей в возрасте 2–11 лет, характеризуется распространенным, среднетяжелым течением.

У каждого второго ребенка с атопическим дерматитом диагностирован хронический гастрит, ассоциированный с *H. Pylori*, с наибольшей частотой встречаемости (в 50,0% случаев) у детей старшего школьного возраста.

У каждого третьего ребенка с атопическим дерматитом диагностировано нарушение микробиота кишечника, характерное для детей старше 4-летнего возраста.

Реже встречались глистные (14,3%) инвазии (аскаридоз), преимущественно у детей дошкольного возраста, и паразитарные (5,7%) заболевания (лямблиоз), преимущественно у детей школьного возраста.

Зависимости заболеваний желудочно-кишечного от степени тяжести течения АД не выявлено.

Учитывая взаимосвязь желудочно-кишечного тракта с кожей (ось кишечник – кожа) [4] необходимо динамическое наблюдение и углубленное обследование желудочно-кишечного тракта у детей с атопическим дерматитом с целью своевременной диагностики, санацией, что облегчит течение атопического дерматита и повысит приверженность к терапии.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Ширинский, В. С.* Коморбидные заболевания – актуальная проблема клинической медицины / В. С. Ширинский, И. В. Ширинский // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 12. – С. 7–12.
2. *Дюбкова, Т. П.* Гастродуоденальная патология у детей с атопическим дерматитом / Т. П. Дюбкова // Вестник дерматологии и венерологии. дерматологии и венерологии. – 2016. – № 3. – С. 12–16.
3. Клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с атопическим дерматитом»: утв. пост. М-ва здравоохранения. Респ. Беларусь 2021. – г. Минск, 2021. – 167 с.
4. The gut-skin axis in health and disease: A paradigm with therapeutic implications / C. A. O'Neill [et al.] // Bioessays. – 2016. – № 38(11). – P. 1167–1176.

УДК 616.5-004.1-08-053.2

В. А. Коржич, А. В. Апасова

Научный руководитель: к.м.н., доцент С. С. Ивкина

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЮВЕНИЛЬНОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ У ДЕТЕЙ

Введение

Ювенильная склеродермия – хроническое воспалительное заболевание соединительной ткани с развитием характерного локального или генерализованного фиброза кожи, подлежащих тканей и висцеральных органов [1].

ЮСД подразделяют на ювенильную системную склеродермию (ЮССД) и ювенильную ограниченную склеродермию (ЮОСД). ЮССД характеризуется обязательным поражением внутренних органов и/или вазоспастическими реакциями по типу синдрома Рейно. ЮОСД – заболевание с хроническим воспалением соединительной ткани, кожи и подлежащих структур, но без поражения внутренних органов [2].

Распространенность склеродермии составляет 2,7–12 на 1000000 населения. Заболевание чаще встречается у лиц женского пола. Пик заболевания у детей приходится на возраст 4–7 лет. У детей преобладают очаговые формы.

Этиология заболевания неизвестна [1].

Несомненно, важную роль в формировании клинической гетерогенности ССД играет пол и возраст. В больших сериях наблюдений выявлены различия в клинической картине и течении ССД в разных возрастных группах, в частности, отмечено, что прогноз хуже у больных старшего возраста. Напротив, пациентам с дебютом болезни до 15 лет (ювенильная системная склеродермия – ЮССД), свойственен, как правило, относительно доброкачественный характер течения заболевания, преобладание в клинической картине «периферических» симптомов: акросклероза, артралгий, мягко протекающего синдрома Рейно и редкость фатальных поражений внутренних органов [3].

Цель

Изучить особенности клинической картины у детей с ювенильной склеродермией на современном этапе.

Материал и методы исследования

Были проанализированы 26 карт стационарного пациента детей с ювенильной склеродермией, которые находились на лечении в кардиоревматологическом отделении Гомельской областной детской клинической больницы с 2019 по 2022 год.

Результаты исследования и их обсуждение

За 4 года всего было пролечено 16 детей с диагнозом склеродермия; 10 (62,5%) пациентов были госпитализированы повторно. Из них 6 (40,0%) детей поступали в плановом порядке, 4 (40,0%) ребенка были госпитализированы по поводу ухудшения состояния. Преобладали девочки – 11 (68,8%). Большинство детей были в возрасте от 8 до 17 лет – 14 (87,5%), 2 (12,5%) ребенка были в возрасте от 4 до 7 лет.

Начало заболевания у всех детей было после 3 лет. В возрасте 3–6 лет заболели 3 (18,8%) детей, 13 (81,2%) детей заболели после 7 лет. Большинство детей было из города Гомеля – 4 (25,0%) и Гомельского района – 3 (18,8%).

В клинической картине преобладала очаговая форма, причем, бляшечная форма встречалась у 5 (31,3%) детей, линейная форма – у 4 (25,0%), смешанная форма – у 4 (25,0%), индуративно-атрофическая форма – у 1 (6,3%) ребенка. Системная форма диагностирована у 2 (12,5%) детей.

Основными жалобами при поступлении помимо кожных проявлений явились: появление новых очагов – у 5 (31,3%), суставной синдром – у 4 (25,0%), синдром Рейно – у 2 (12,5%) детей.

Локализация кожных проявлений была: на нижних конечностях – у 10 (62,5%), в области груди – у 6 (37,5%), в области живота – у 6 (37,5%), на верхних конечностях – у 5 (31,3%), в области головы – 5 (31,3%) пациентов.

Всем детям оценивалось физическое развитие. Преобладало дисгармоничное физическое развитие с избытком массы тела I–II степени у 10 (62,4%) детей. Дефицит массы тела отмечался у 3 (18,8%) детей. 3 (18,8%) детей имели гармоничное развитие.

В общем анализе крови у 7 (43,6%) детей отмечалось увеличение гемоглобина выше 150 г/л. Анемии не было выявлено ни у одного ребенка. У 3 (18,8%) детей отмечался лейкоцитоз, у 8 (50,0%) – лимфоцитоз, у 3 (18,8%) эозинофилия. Ускорение СОЭ выявлено только у 2 (12,5%) пациентов.

В биохимическом анализе крови у 2 (12,5%) детей было повышено АСТ. Повышение циркулирующих иммунных комплексов так же зафиксировано у 2 (12,5%) пациентов.

При проведении ФГДС у 13 (81,3%) пациентов выявлено эритематознаягастропатия, у 5 (31,3%) пациентов – катаральный рефлюкс эзофагит, у 1 (6,3%) – эрозивная гастропатия. Изменения на УЗИ внутренних органов отмечены в таблице 1.

Таблица 1 – Изменения при УЗИ обследовании

| Показатель | Абсолютное число | % |
|-------------------------------------|------------------|------|
| Увеличение внутрибрюшных лимфоузлов | 2 | 12,5 |
| Признаки мезаденита | 1 | 6,3 |
| Увеличение печени | 2 | 12,5 |
| Спленомегалия | 1 | 6,3 |
| Малый гидрперитонеум | 2 | 12,5 |

Из 26 проанализированных ЭКГ наиболее частыми изменениями явились: брадикардия – у 6 (23,1%), синусовая аритмия – у 2 (7,7%), тахикардия – у 2 (7,7%), дыхательная аритмия – у 9 (34,6%), АВ-блокада I степени – у 1 (3,8%) детей.

Анализ лечения показал, что гормональную терапию (преднизолон, метилпреднизолон) получали 5 (31,3%) пациентов, метотрексат был назначен 7 (43,8%) пациентам, дипиридамол получали 13 (81,3%) детей, купренил – 3 (18,8%) ребенка.

Всем детям назначалась физиолечение (дарсонвализация, фонофорез, ультразвук, магнитотерапия, и др.).

На фоне лечения состояние у всех детей улучшилось.

Средняя длительность пребывания в стационаре составило 15 дней.

Выводы

Таким образом, заболевание чаще встречалось у девочек с избытком массы тела, проживающих в городе. Начало заболевания у всех детей было в возрасте старше 3 лет. Преобладала очаговая форма заболевания с локализацией на туловище и нижних конечностях. Выраженных изменений в общем и биохимическом анализах не наблюдалось. У большинства детей выявлена патология со стороны ЖКТ.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология: учебник / под ред. П. В.Шумилова, Н. П.Котлуковой. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.: ил.
2. Осминина, М. К. Вопросы классификации, клиническая картина и базисная терапия ювенильной склеродермии / М. К. Осминина, Н. А. Геппе // Научно-практическая ревматология. – 2015. – № 53(2). – С. 214–219.
3. Сларовойтова, М. Н. Субтипы ювенильной системной склеродермии / М. Н. Сларовойтова, Н. Г. Гусева, О. В. Денисова // Научно-практическая ревматология. – 2001. – № 39(2). – С. 73–79.

УДК 616.23:616.248]-053.2

А. Ю. Крук, Ю. В. Ермольская

Научный руководитель: ассистент кафедры И. В. Беломытцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

Введение

Бронхиальная астма у детей – это заболевание, в основе которого лежит хроническое аллергическое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и характеризующееся наличием таких симптомов, как одышка, свистящие хрипы, заложенность