

2. Матиевская, Н. В., Михайлова, Е. А., Шевченко, В. Ф. Опоясывающий лишай: вопросы лечения и профилактики / Н. В. Матиевская, Е. А. Михайлова, В. Ф. Шевченко // Клиническая инфектология и паразитология. – 2025. – Т. 14, № 3. – С. 280–288.

3. Kim, J. Y., Song, C. H., Choi, J. E., [et al.]. Usefulness of inflammatory markers for the prediction of postherpetic neuralgia in patients with acute herpes zoster / J. Y. Kim [et al.] // Annals of Dermatology. – 2018. – Vol. 30, № 2. – P. 158–163.

УДК 616.24-002

К. А. Захарова, А. Р. Охотникова

Научный руководитель: к.м.н. О. И. Лекомцева

*Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
г. Ижевск, Удмуртская Республика*

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ПНЕВМОНИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Введение

В российской педиатрии пневмония определяется как «острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме» [1].

В Российской Федерации болезни органов дыхания у детей в возрасте 0–17 лет занимают третье место в структуре причин смерти после внешних причин и пороков развития [3]. Рост заболеваемости внебольничной пневмонией в 2024 году наблюдался преимущественно за счет увеличения заболеваемости детского населения – в 2,2 раза в сравнении с уровнем 2023 года (показатель заболеваемости детей в 2024 году – 1790,94 на 100 тыс. детского населения, в 2023 году – 803,62 на 100 тыс. детского населения). А Удмуртская Республика находится на втором месте после Оренбургской области в рейтинге с наиболее высоким ростом заболеваемости среди субъектов Российской Федерации [2].

Изучение клинических особенностей течения пневмоний у детей имеет важное значение для ранней диагностики, выбора оптимальной терапии и профилактики осложнений.

Цель

Изучить клинико-anamnestические, лабораторные особенности и тактику лечения пневмоний у детей школьного возраста на современном этапе.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ 66 историй болезней стационарных больных детей в возрасте от 7 до 14 лет, находившихся на стационарном лечении в детском инфекционном отделении ГКБ №7 города Ижевск за период май–июль 2025 года.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование были включены дети школьного возраста со средним возрастом 11 лет. Среди обследованных преобладали девочки (58,0 %), доля мальчиков составила 42,0 %.

Среди перинатальных факторов отмечено, что искусственное вскармливание имело место у 30,4 % детей, а кесарево сечение при рождении – у 25,6 %. Перинатальные осложнения (угроза прерывания беременности, гестоз) зарегистрированы у 44,0 % матерей.

Анализ перенесенных заболеваний показал, что наиболее частыми инфекциями в анамнезе были острые респираторные вирусные инфекции (38,8 %) и ветряная оспа (11,4 %), бронхит (11,1 %), пневмония (10,8 %), крапивница (10,1 %) и острый тонзиллит (7,8 %).

Наиболее частым симптомом заболевания являлась лихорадка: у 53,7 % детей температура тела достигала 38–39 °С, у 31,3% – не превышала 38 °С, у 15,0 % отмечалась фебрильная температура выше 39 °С.

Кашель наблюдался у всех пациентов, при этом в структуре его видов преобладал малопродуктивный (40,5 %) и влажный (30,2 %) кашель. Реже встречался сухой (15,7 %), приступообразный (3,9 %), лающий (5,7 %), спастический (2,0 %) и грубый (2,0 %) кашель.

Аускультативно у большинства детей определялось жесткое дыхание (58,0 %), у 21,0 % – ослабленное, и у такого же процента – везикулярное. Одышка отмечалась преимущественно экспираторного характера (72,3 %), реже смешанного (27,7 %).

При перкуссии легких у 37,0 % пациентов выявлялось притупление перкуторного звука, у 10% – нормальный легочный звук, а у 53,0 % отмечался коробочный оттенок, что может свидетельствовать о наличии обструктивного компонента.

Характер хрипов был разнообразным: влажные хрипы выслушивались у 47,3 % детей, сухие – у 31,0 %, крепитирующие – у 14,5 %, а отсутствие хрипов зарегистрировано у 7,2 % пациентов.

Анализ лабораторных показателей выявил наличие лейкоцитоза ($>9,23 \times 10^9/\text{л}$) у 16,0 % детей и нейтрофилия – у 54,0 %. У большинства пациентов отмечалось ускорение скорости оседания эритроцитов (СОЭ >15 мм/ч) – в 73,0 % случаев и увеличение уровня С-реактивного белка (>10 мг/л) – у 82,0 %. При этом у 18,0 % пациентов лабораторные изменения носили минимальный характер.

По результатам бактериологических исследований внебольничных пневмоний среди школьников было установлено, что в 52,0 % случаев возбудителем являлась *Mycoplasma pneumoniae*. Остальные 48,0 % случаев распределились между другими возбудителями: в 21,0 % случаев – *Streptococcus pneumoniae*, в 10,0 % – *Haemophilus influenzae*, чаще у детей с хроническими ЛОР-патологиями, и в 7,0 % – *Staphylococcus aureus*. Кроме того, вирусные возбудители (грипп, парагрипп, РС-вирус) обнаруживались в 10,0 %.

Рентгенологическое исследование позволило определить тип и локализацию воспалительного процесса. Наиболее часто выявлялась очаговая пневмония справа (67,2 %), реже – очаговая слева (21,7 %). Полисегментарная пневмония диагностирована у 5,6 % пациентов, а двустороннее поражение легких – у 5,5 %.

Выводы

1. Внебольничная пневмония у детей школьного возраста преимущественно имеет очаговый характер поражения.
2. Для внебольничной пневмонии среди детского населения характерна умеренная или выраженная интоксикация.
3. Кашель обычно малопродуктивный с высокой частотой бронхообструктивного компонента.
4. Выявленные анамнестические факторы, такие как искусственное вскармливание, кесарево сечение, угроза прерывания беременности, гестоз могут рассматриваться как предрасполагающие условия к развитию пневмоний в данной возрастной группе.
5. Ведущий микроорганизм, вызывающий внебольничную пневмонию среди детей школьного возраста – *Mycoplasma pneumoniae*.

6. Полученные результаты подчеркивают необходимость ранней диагностики, комплексного клиничко-лабораторного обследования и персонализированного подхода к лечению пневмоний у детей школьного возраста с учетом преморбидного фона и особенностей течения заболевания.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Геппе, Н. А., Розина, Н. Н., Волков, И. К., Мизерницкий, Ю. Л. Рабочая классификация основных клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей / Н. А. Геппе, Н. Н. Розина, И. К. Волков, Ю. Л. Мизерницкий // ПМ. – 2010. – № 45.
2. О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в 2024 году: государственный доклад / Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. – М.: Роспотребнадзор, 2025. – 424 с.
3. Пневмония у детей: учебное пособие / Р. М. Файзуллина, В. В. Викторов, Р. Р. Гафурова, Л. Р. Кудаярова, З. А. Шангареева. – Уфа: ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России, 2019. – 107 с.

УДК 616.955.428(476.2)»2012/2024»

Е. А. Зенукова

Научный руководитель: заведующий кафедрой, к.м.н, доцент Л. П. Мамчиц

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

МНОГОЛЕТНЯЯ ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЧЕСОТКОЙ НАСЕЛЕНИЯ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА ПЕРИОД 2012–2024 ГГ.

Введение

Чесотка – наиболее часто встречающееся паразитарное заболевание кожи человека, возбудителем которого является чесоточный клещ (*Sarcoptes scabie*). Чесоточный клещ встречается во всех странах мира, поражает все социально-экономические и этнические группы, без учета возраста и пола. Наибольшая частота заболеваемости наблюдается в осенне–зимний период, наименьшая – летом [1].

Заражение чесоткой в 95 % происходит при передаче клеща от больного человека здоровому (преимущественно при тесном телесном контакте, совместное пребывание в постели – более 50 % всех случаев, интимный контакт – около 20 %, уход за детьми и пр.) Реже непрямым путем, через предметы обихода. Выделяют семейные и коллективные очаги чесотки, первый является ведущим в эпидемиологии чесотки.

Ежегодно во всем мире чесоткой заболевают около 300 млн человек [2]. Заболеваемость чесоткой детского и подросткового контингента значительно выше, чем взрослого. Однако и среди детского населения отмечаются разные показатели заболеваемости в зависимости от возраста (имеют значение как морфофункциональные особенности кожи, так и различные пути заражения) и социального статуса детей (учащиеся училищ, техникумов, институтов; дети, находящиеся на обеспечении государства; дети, воспитываемые в семье) [3].

Цель

Изучить заболеваемость чесоткой населения Гомельской области за период 2012–2024 гг. для оценки эпидемической ситуации и обоснования адекватных эпидемической ситуации профилактических мероприятий.