

В структуре впервые выявленных ГА у детей преобладают наследственные заболевания: наследственный сфероцитоз (50,8 %), талассемия (16,4 %) и ферментопатии (3 %). Аутоиммунные ГА в детском возрасте выявлялись в 15,7 % случаев. В то же время значительная часть ГА (11,2 %) остается неуточненной.

Исходя из общего числа состоящих на ДУ по поводу ГА в Республике Беларусь на конец 2020 г. — 16,1 на 100 тыс. детского населения, можно рассчитать примерную распространенность НС, как наиболее часто встречающейся формы ГА. Она составит 8,18 (6,82–9,52) на 100 тыс. детского населения, или 1 случай на 12,2 тыс. детского населения (в диапазоне от 1/14,7 до 1/10,5 тыс. детского населения). Данный показатель выглядит явно заниженным, так как для европейской популяции ожидаемая распространенность НС должна быть не менее 1 случая на 2500–5000 населения [1, 2]. Вероятнее всего, это происходит из-за недоучета легких форм болезни.

Выводы

1. В структуре впервые выявленных ГА у детей в последние 4 года преобладают наследственные заболевания: наследственный сфероцитоз (50,8 %) и талассемия (16,4 %), аутоиммунные ГА в детском возрасте выявлялись в 19,4 % случаев.

2. Распространенность наследственного сфероцитоза в Беларуси (8,18 на 100 тыс. детского населения, или 1 случай на 12,2 тыс. детского населения) значительно ниже, чем в Европейском регионе.

3. Недостаточно полная регистрация НС и взятие детей с НС на диспансерное наблюдение, как и наличие значительной части ГА неуточненной этиологии (11,2 %), свидетельствуют о необходимости совершенствования средств диагностики гемолитических анемий.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Noronha, S. A.* Acquired and Congenital Hemolytic Anemia / S. A. Noronha // *Pediatr. Rev.* — 2016. — Vol. 37, No 6. — P. 235–246. — doi: 10.1542/pir.2015-0053.
2. *Gallagher, P. G.* Abnormalities of the erythrocyte membrane / P. G. Gallagher // *Pediatr. Clin. North Am.* — 2013. — Vol. 60, No 6. — P. 1349–1362. — doi:10.1016/j.pcl.2013.09.001.
3. *Weatherall, D.* The inherited disorders of haemoglobin: an increasingly neglected global health burden / D. Weatherall // *Indian J. Med. Res.* — 2011. — Vol. 134, No 4. — P. 493–497. — PMID: 22089613; PMCID: PMC3237249.
4. Global burden of sickle cell anaemia in children under five, 2010–2050: modelling based on demographics, excess mortality, and interventions / F. B. Piel [et al.] // *PLoS Med.* — 2013. — Vol. 10, No 7. — P. e1001484. — doi: 10.1371/journal.pmed.1001484.
5. New insights into childhood autoimmune hemolytic anemia: a French national observational study of 265 children / N. Aladjidi [et al.] // *Haematologica.* — 2011. — Vol. 96, No 5. — P. 655–663. — doi: 10.3324/haematol.2010.036053.

УДК 616-053.2-056.43(476.2)

ПИЩЕВАЯ АЛЛЕРГИЯ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Моторенко Н. В., Кожановская Т. В., Юрко Е. И.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Термином «пищевая аллергия» обозначают иммуноопосредованный ответ организма на пищевой продукт. Проблема пищевой аллергии одна из наиболее острых и актуальных, особенно для детского возраста. По оценке специалистов пищевой аллергией страдают 20 % детей и 10 % взрослых [1]. Их количество постоянно увеличивается, что объясняется изменением характера питания, использованием пищевых добавок и красителей, загрязнением окружающей среды, снижением продолжительности грудного вскармливания, нарушением со-

става и количества микроорганизмов кишечника. Важное значение в формировании сенсibilизации к пищевым продуктам имеет генетически детерминированная предрасположенность к аллергии. Пищевая аллергия часто сопровождается и осложняет такие заболевания как бронхиальная астма, атопический дерматит, бывает причиной хронической крапивницы и отека Квинке.

Пищевые аллергены — это белки гликопротеины с молекулярной массой 10000–67000 D, они хорошо растворимы в воде, термостабильны, устойчивы к воздействию кислот и протеолитических ферментов. В настоящее время описаны более 160 пищевых аллергенов, вызывающих IgE — опосредованные аллергические реакции [2]. Аллергенность пищевых белков зависит от химической структуры и концентрации белка в продукте, а также от множества участков белковой молекулы (антигена/аллергена), которые связываются со специфическими антителами — иммуноглобулинами IgE и IgG. Они определяют состояние иммунореактивности. Практически любой пищевой продукт может быть причиной развития пищевой аллергии [3].

Как правило, пищевая аллергия характеризуется острым началом — от нескольких минут до двух часов, чаще всего она опосредована участием IgE. У детей пищевая аллергия может появляться в виде кожных (крапивница, отёк Квинке, атопический дерматит), респираторных (выделения из носа, заложенность, чихание, отек век и слезотечение, гиперемия конъюнктивы, свистящее дыхание, кашель), гастроинтестинальных (тошнота, рвота, диарея) симптомов. В наиболее тяжелой форме пищевая аллергия проявляется как анафилаксия.

Цель

Изучить структуру пищевой аллергии у детей Гомельской области, определить особенности клинических проявлений и вариабельность аллергенов.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ медицинской документации 42 пациентов с пищевой аллергией в возрасте от 1 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 3 У «ГОДКБ» в 2020 г.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируемую группу составили 22 (52,4 %) мальчика и 20 (47,6 %) девочек. Возрастная структура пациентов распределена следующим образом: от 1 до 6 лет — 18 (42,8 %) детей, с 7 до 12 лет — 9 (21,4 %), и с 12 до 18 лет — 15 (35,8 %) детей. Проживают в городе 29 (69 %) детей, в сельской местности — 13 (31 %) детей.

Наследственный анамнез не отягощен у 22 (52,4 %) пациентов, у 8 (19 %) родственники первой и второй линии страдали бронхиальной астмой, у 6 (14,3 %) в наследственном анамнезе была пищевая аллергия, у 4 (9,5 %) — полиноз, у 2 (4,85) — патологии патогенетически не связанные с пищевой аллергией.

По частоте встречаемости аллергенов наиболее распространенные — цитрусовые (чаще мандарины) — 15 (35,7 %) случаев, молоко и молочные продукты — 12 (28,6 %), гречка — 9 (21,4 %), курица — 8 (19 %), мед — 7 (16,7 %), шоколад и какао-порошок — 7 (16,7 %), яйца — 6 (14,3 %), пшено и пшеничная мука — 6 (14,3 %), овсяные хлопья и мука — 6 (14,3 %), говядина — 5 (11,9 %), рис — 5 (11,9 %), орехи — 4 (9,5 %), свинина — 4 (9,5 %), томаты — 3 (7,1 %), рыба — 3 (7,1 %), клубника — 3 (7,1 %), морковь — 3 (7,1 %), кунжут — 2 (4,7 %), изюм — 2 (4,7 %), киви — 2 (4,7 %), болгарский перец — 2 (4,7 %), косточковые плоды — 2 (4,7 %), банан — 1 (2,3 %), кукуруза — 1 (2,3 %), подсолнечное масло — 1 (2,3 %), хурма — 1 (2,3 %), мята — 1 (2,3 %), картофель — 1 (2,3 %), свекла — 1 (2,3 %), малина — 1 (2,3 %). У 35 (83,3 %) детей отмечалась поливалентная аллергия на два и более пищевых продукта.

У 19 (45,2 %) пациентов пищевая аллергия проявлялась острой крапивницей, у 3 (7,1 %) отеком Квинке, у 12 (28,6 %) обострением атопического дерма-

тита, у 8 (19 %) приступами свистящего дыхания, кашлем и у 6 (14,3 %) ринореей и конъюнктивитом. У 3 (7,1 %) пациентов пищевая аллергия проявлялась в виде кожных и респираторных симптомов.

У 17 (40,6 %) детей сопутствующим заболеванием была бронхиальная астма, у 8 (19 %) — аллергический риноконъюнктивит, у 12 (28,5 %) атопический дерматит.

При анализе кала на дисбактериоз выявлены изменения количества бифидобактерий и лактобактерий у 18 (42,8 %) детей, лактобактерий — у 7 (16,7 %), *E. Coli* — у 3 (7,14 %). У 3 (7,14 %) детей выявлен избыточный рост условно — патогенной флоры.

Выводы

1. Наблюдается зависимость появления пищевой аллергии от возраста — 42 % пациентов дети младше 6 лет.

2. Большинство пациентов с пищевой аллергией имеют отягощенный семейный или собственный аллергический анамнез.

3. Среди аллергенов первое место занимают — цитрусовые, молоко и молочные продукты, курица, гречка, мед, шоколад.

4. Поливалентная пищевая аллергия (на два и более пищевых продукта) имела место у 83 % детей.

5. Наиболее частым клиническим проявлением пищевой аллергии является кожный синдром, в 80,9 % случаев.

6. Для детей с пищевой аллергией характерно изменение количества и качества нормофлоры кишечника, что обуславливает нарушения процессов переваривания и всасывания пищевого субстрата.

ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Протокол ведения детей с пищевой аллергией / А. А. Баранов. — М.: Педиатр, 2016. — С. 52.
2. Геппе, Н. А. Аллергия у детей. Основы лечения и профилактики / Н. А. Геппе, В. А. Ревякина. — М.: Миклош, 2013. — С. 120.
3. Вишнева, Е. А. Профилактика аллергии у детей / Е. А. Вишнева, А. С. Намазова — Баранова // Педиатрическая фармакология. — 2014. — Т. 11, № 3. — С. 61–65.

УДК 615.281-053.3:614.21(476.6)

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ В НЕОНАТАЛЬНОЙ ПРАКТИКЕ УЗ «ГРОДНЕНСКИЙ ОБЛАСТНОЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПЕРИНАТАЛЬНЫЙ ЦЕНТР»

Пальцева А. И.¹, Синуца Л. Н.¹, Новосад Е. А.², Пономаренко С. М.²

¹Учреждение образования

«Гродненский государственный медицинский университет»,

²Учреждение здравоохранения

«Гродненский областной клинический перинатальный центр»

г. Гродно, Республика Беларусь

Введение

По данным ВОЗ, в структуре причин неонатальной смертности тяжелые инфекции составляют более 36 %. Инфекционная патология перинатального периода в структуре заболеваемости и младенческой смертности занимает третье место после гипоксии/асфиксии и ВПР. Входными воротами для возбудителей инфекции у новорожденных детей являются слизистые оболочки дыхательных путей, пищеварительной системы, глаз, уретры, поврежденные участки кожи, катетеризированные вены, пупочная ранка, наружный слуховой проход [1]. Инфекционно-воспалительный процесс любой степени тяжести (включая и ограниченные локализованные процессы по типу конъюнктивитов, пиодермий и др.) — безусловно, показание к назначению антибактериальной терапии новорожденным. Назна-