

повышение ее более чем на 50% по сравнению с исходным уровнем у 18 детей (47%). У 12 пациентов (31,5%) содержание диастазы в моче превысило нормальный уровень.

Выводы

1. К особенностям преморбидного анамнеза, а значит, к возможным факторам риска по СД 1 у обследованных детей можно отнести: раннее искусственное вскармливание, дошкольный возраст у мальчиков, реакции на прививку, наличие аллергических заболеваний, аденопатию, некорректную профилактику дефицита витамина Д на первом году жизни и, возможно, неконтролируемый прием аскорбиновой кислоты.

Литература:

1. ВОЗ. Глобальный доклад по диабету /Global report on diabetes, World Health Organization. Geneva. – 2016 – С. 88.
2. Радюк, К. Д. Как предотвратить сахарный диабет 1 типа? / К. Д. Радюк // Наука и инновации. – 2001. – № 5 (99). – С. 7-10.
3. Киеяев, А. В. Сахарный диабет у детей: эпидемиология, дифференциальная диагностика, профилактика и принципы интенсивной терапии диабетического кетоацидоза / А. В. Киеяев. – Екатеринбург, 2018. – 60 с.

ОСТРАЯ КРАПИВНИЦА/ОТЁК КВИНКЕ У ДЕТЕЙ

ЗАРЯНКИНА А. И., ХАМЦОВА О. А., ШУМСКАЯ А. Н.

УО «Гомельский государственный медицинский университет»,
кафедра педиатрии, Гомель, Беларусь

Введение. Распространенность аллергических заболеваний во всем мире постоянно возрастает как в развитых, так и, особенно, в развивающихся странах. В настоящее время около 30% населения планеты страдают аллергическими заболеваниями [3].

Крапивница и отёк Квинке являются одной из наиболее частых клинических форм аллергической патологии в детском возрасте [2]. Они могут быть самостоятельной нозологической формой или одним из клинических проявлений основного заболевания.

Распространенность отёка Квинке изучена недостаточно. Считают, что отёк Квинке и крапивница хотя бы один раз в жизни возникают у 15-25% населения. Отёк Квинке выявляют примерно у 50% пациентов с крапивницей [1, 3].

Развитие аллергической крапивницы чаще обуславливается IgE-опосредуемыми реакциями, реже – иммунопатологическими реакциями II и III типов. Ассоциированная с IgE-опосредуемыми аллергическими реакциями крапивница вызывается преимущественно сенсибилизацией к пищевым, лекарственным аллергенам и реже развитием гиперчувствительности к ингаляционным аллергенам [4].

Крапивница и ангионевротический отек, которые длятся не более 6 недель, относятся к острой форме заболевания [2, 3]. Чаще всего это истинно аллергические реакции на такие аллергены, как яйца, молоко, орехи, продукты моря, фрукты, пенициллин, пыльца трав и деревьев. У пациентов, как правило, имеются признаки атопии. Лекарственные препараты или укусы насекомых могут приводить к развитию системных реакций, включая крапивницу и ангионевротический отёк. Крапивница является частым симптомом паразитарной инфекции. Причиной крапивницы может быть вирусная инфекция [1].

Аллергия оказывает существенное негативное влияние на течение и прогноз любого заболевания человека, нередко является причиной непрогнозируемых тяжелых, жизнеугрожающих реакций на медикаменты, пищевые продукты и другие внешние воздействия [3].

Таким образом, изучение предрасполагающих и провоцирующих факторов развития острой крапивницы и крапивницы в сочетании с отёком Квинке у детей позволит предупредить развитие данного заболевания.

Объект и методы исследования. Для исследования было отобрано 90 медицинских карт пациентов от 1 года до 16 лет с диагнозом «Острая крапивница/ Отёк Квинке», находившихся на обследовании и лечении в аллергологическом отделении учреждения «Гомельская областная клиническая больница» за период январь-декабрь 2018 года.

Изолированная острая крапивница диагностирована у 57 (63,3%) детей, у 33 (36,7%) человек острая крапивница сочеталась с отёком Квинке.

Среди исследуемых пациентов было 43 (47,8%) мальчика и 47 (52,2%) девочек.

Для оценки аллергологического статуса все детям собирали семейный, личный аллергоанамнез, определяли общий IgE методом ИФА, общий анализ крови (эозинофилы), аллергологическое обследование проводилось методом кожных проб.

Статистическую обработку данных осуществляли с использованием лицензионного пакета программ STATISTICA. Достоверность различий между сравниваемыми показателями определяли по критерию χ^2 . Результаты оценивались как статистически значимые при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Жителей города было 73 (81,1%), села – 17 (18,9%) детей. В возрасте до 3 лет госпитализировано 19 (21,1%) человек, от 4 до 6 лет – 21 (23,3%), от 7 до 11 лет – 32 (35,6%), 12 лет и старше – 18 (20,0%).

Частота встречаемости данной патологии имеет сезонность. Зимой с острой крапивницей госпитализировано 16 (17,8%) человек, весной – 27 (30,0%), летом – 28 (31,1%), осенью – 19 (21,1%) детей.

Согласно анамнезу у 46 (51,1%) пациентов с острой крапивницей и отёком Квинке провоцирующими факторами явились пищевые продукты. Наиболее часто острая крапивница/отёк Квинке развивались при употреблении клубники (16 человек; 34,8%), реже при употреблении шоколада (7; 15,2%), малины (5; 10,9%), цитрусовых (4; 8,7%), свинины (3; 6,5%), курицы (3; 6,5%). Рыба, пакетированный ананасовый сок, виноград, арахис явились провоцирующими факторами в 4,3% (2 ребёнка) случаев каждый.

В группе пациентов с изолированной острой крапивницей (57 человек; 63,3%) основными провоцирующими факторами были пищевые продукты (38 человек; 66,7%), реже – лекарственные вещества (11 детей; 19,3%) и косметические средства (4 ребёнка; 7,0%). Единичные случаи пришлись на:

шерсть животных (1 ребёнок; 1,8%), укусы насекомых (1; 1,8%), холод (1; 1,8%), гельминтозы (1; 1,8%).

В группе пациентов с клиническими проявлениями отёка Квинке (33 человека; 36,7%) основными провоцирующими факторами являлись укусы насекомых (14 детей; 42,4%), реже отёк Квинке вызывали пищевые аллергены (8 человек; 24,2%), лекарственные вещества (7; 21,2%), шерсть животных (3; 9,1%), у 1 (3,1%) ребёнка провоцирующим фактором явился холод.

При сравнении провоцирующих факторов развития изолированной острой крапивницы и острой крапивницы с отёком Квинке выявлено, что укусы насекомых достоверно чаще вызывают отёк Квинке (42,4%/1,8%, $p < 0,05$, $\chi^2 = 16,7$), а изолированную острую крапивницу – пищевые аллергены (24,2%/66,7%, $p < 0,05$, $\chi^2 = 5,37$).

Ранее аллергические реакции в анамнезе отмечали 21 (36,8%) пациент с острой крапивницей и 13 (39,4%) пациентов с крапивницей в сочетании с отёком Квинке.

Семейный аллергоанамнез отягощен у 17 (29,8%) детей с острой крапивницей и у 9 (27,3%) с отёком Квинке.

В общем анализе крови эозинофилия наблюдалась у 51 (89,5%) пациента с острой крапивницей и у 22 (66,7%) детей с крапивницей в сочетании с отёком Квинке.

Повышенный уровень общего IgE может указывать на развитие atopического заболевания. Показатель обладает относительной информативностью. Его повышение в некоторых случаях может быть связано с другими причинами, в том числе с наличием паразитарных или грибковых поражений, некоторых опухолевых заболеваний крови. В то же время у многих пациентов с atopическими заболеваниями регистрируют нормальный уровень общего IgE. Это можно объяснить, в частности, моносенсibilизацией или сенсibilизацией к небольшому количеству аллергенов, когда суммарный уровень IgE остаётся невысоким, а также тем, что развитие аллергической реакции может быть обусловлено участием не IgE, а IgG [3].

Повышенный уровень общего IgE выявлен в 54,4% (31 ребёнок) случаев в группе детей с крапивницей и в 81,8% (27 детей) случаев в группе детей с отёком Квинке.

Аллергологическое обследование (кожные пробы) проводилось всем пациентам, у 64 (71,1%) детей наблюдалась положительная реакция. Аллергия только на один аллерген была выявлена у 22 (34,4%) детей, на несколько аллергенов – у 42 (65,6%) человек.

Чем меньше возраст детей, тем чаще причинно-значимой в развитии крапивницы и ангиоотёков является пищевая сенсibilизация. Наиболее часто их вызывают рыба, орехи, яйца, цитрусовые, креветки, крабы, бобовые, арахис [4].

По данным ряда исследователей, сенсibilизация к коровьему молоку встречается у 75% детей с пищевой аллергией [1]. По данным американских исследователей, у детей с пищевыми аллергиями в 80% встречается сенсibilизация к цитрусовым, морепродуктам и орехам [5].

По нашим данным наибольшая сенсibilизация в структуре пищевых аллергенов была выявлена на гречку – у 26 (28,9%) детей. Сенсibilизация на молоко заняла вторую позицию (14; 15,6%). Аллергия на курицу диагностирована у 10 (11,1%) детей, пшено – у 9 (10%), цитрусовые – у 8 (8,9%), рис – у 7 (7,8%) детей, говядину – у 7 (7,8%), яйца – у 6 (6,7%), рыбу – у 4 (4,5%) детей.

Сенсibilизацию на бытовые аллергены имели 37 (41,1%) детей. Наибольший процент сенсibilизации на бытовые аллергены выявлен на домашнюю пыль и составил 43,2 %, примерно одинаково часто встречается сенсibilизация на домашний клещ (29,7%) и на перо подушки (27,1%). Сенсibilизация на шерсть собак диагностирована у 8 (8,9%) детей, кошек – у 7 (7,8%) детей. У 7 (7,8%) детей выявлена сенсibilизация на различные семейства трав.

Выводы.

1. Отёк Квинке достоверно чаще вызывают укусы насекомых, изолированную острую крапивницу – пищевые аллергены, главным из которых является клубника.

2. IgE-опосредованная реакция чаще наблюдается у детей с острой крапивницей в сочетании с отёком Квинке по сравнению с детьми с изолированной крапивницей (81,8%/54,4%).

3. Каждый третий ребёнок с острой крапивницей и отёком Квинке имеют отягощенный семейный аллергоанамнез и наличие аллергических реакций в анамнезе.

4. У большинства детей (71,1%) с острой крапивницей/отёком Квинке выявлена сенсibilизация к пищевым, бытовым аллергенам, в 65,6% случаев к двум и более.

Таким образом, дети, имеющие реакции на несколько аллергенов более подвержены клиническому проявлению острой крапивницы/отёка Квинке, чем дети, не имеющие ни одной или одну положительную реакцию на стандартные аллергены.

Литература:

1. Аллергия у детей : от теории – к практике / под ред. Л. С. Намазовой-Барановой // Союз педиатров России. – 2011. – 668 с.
2. Воробьев, А. А. Иммунология и аллергология : учебник / А. А. Воробьев, А. С. Быкова, А. В. Караулова. – Москва, 2006. – С. 536-538.
3. Хаитов, Р. М. Аллергология и клиническая иммунология [Электронный ресурс] / Р. М. Хаитова, Н. И. Ильина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 336 с.
4. Балаболкин, И. И. Крапивница у детей: клинико-патогенетические варианты, диагностика и лечение / И. И. Балаболкин // Российский педиатрический журнал. – 2017. – № 20(2). – С.122-129.
5. Zuberbier T. EAACI/GA2LEN/EDF/WAO Guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria: the 2013 revision and update / T. Zuberbier, W. Aberer, R. Asero et al. // Allergy 2014; 69: P. 868–887.

ФОРМИРОВАНИЕ МИКРОБИОТЫ НОВОРОЖДЕННОГО ПРИ ПРИЕМЕ ПРОБИОТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ НА ПРИМЕРЕ ПАЦИЕНТОВ ПЕДИАТРИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ НОВОРОЖДЕННЫХ И НЕДОНОШЕННЫХ ДЕТЕЙ УЗ «ГОКПЦ»

**ЗВЕРКО В. Л., ПАЛЬЦЕВА А. И.*, ПОНОМАРЕНКО С. М.,
КРАВЦЕВИЧ-МЯКИШЕВА О. Г.***

УЗ «Гродненский областной клинический перинатальный центр»,
*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
2-я кафедра детских болезней, Гродно, Беларусь

Введение. В процессе физиологической адаптации и поддержания гомеостаза у новорожденных одну из ключевых ролей играет кишечная микробиота. В настоящее время доказано,