

4. Influence of long-term smoking reduction on health risk marks and quality of life / Bolliger C.T. [et al.] // Nicotine Tob. Res. – 2002. - №4 (4). – P. 433-439.

5. Intervention with parental smoker in an outpatient pediatric clinic / J. Winickroff [et al.] // Pediatrics. – 2003. - vol. 112. - N 5, - P. 1127-1133.

6. Миронова, Е. Е. Сборник психологических тестов / Е.Е. Миронова // Минск, 2006. – Часть 2. – С. 8-18.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ФОРМАМИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Сорокопыт З.В., Яцевич А.А., Спиридович О.А.

УО «Гродненский государственный медицинский университет»

1-я кафедра детских болезней

Атопический дерматит (АтД) – это воспалительное заболевание кожи, обусловленное преимущественно IgE-опосредованными аллергическими реакциями и генетически связанное с атопией. В структуре аллергических заболеваний АтД составляет более 50%. В течение последних двух десятилетий распространенность атопического дерматита у детей значительно увеличилась, и в экономически развитых странах составляет от 10 до 30% [1, 2, 3]. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что АтД является первым (по времени возникновения) аллергическим заболеванием, а также начальным этапом так называемого «атопического марша»: «атопический дерматит - аллергический ринит (АР) - бронхиальная астма (БА)» [1]. АтД доставляет больным не только физические неудобства: поражение кожи, особенно у старших пациентов, выступает как психотравмирующий фактор, приводящий их к социальной дезадаптации [1, 2]. Большинство исследователей единодушны в том, что АтД чаще начинается у детей в раннем возрасте, имеет стадийность течения и характеризуется определенными возрастными особенностями клинических проявлений [1, 2].

Решение вопросов ранней диагностики с определением ведущих этиологических факторов болезни и механизмов ее патогенеза у детей разных возрастных групп позволяет подойти к дифференцированному лечению различных клинических вариантов заболевания, индивидуализировать меры профилактики АтД и уменьшить вероятность развития БА и АР.

Цель исследования: анализ клинических и лабораторных показателей у детей с различными формами атопического дерматита.

Материалы и методы. Обследовано 46 пациентов в возрасте от 1 месяца до 12 лет, находившихся на лечении в аллергологическом отделе-

нии областной детской клинической больницы г. Гродно. В зависимости от клинической стадии заболевания (младенческая 26, детская 20) и распространенности процесса (распространенный - 29 и ограниченный - 17) больные были распределены в 4 репрезентативные группы: первую (I) составили 19 (41,3%) с младенческой распространенной, вторую (II) – 7 (15,2%) с младенческой ограниченной, третью (III) – 10 (21,7%) с детской распространенной и четвертую (IV) – 10 (21,7%) с детской ограниченной формой.

Результаты и их обсуждение. Среди обследованных девочек было больше – 28 (60,9%), чем мальчиков – 18 (39,1%), $p < 0,05$ с аналогичным распределением в группах. В зависимости от места жительства больные дети распределились следующим образом: из г. Гродно 21 (45,7%), районных центров 15 (32,6%) и сельской местности 10 (21,7%). Все дети родились доношенными, 24 (52,2%) из них от 1-ой, 16 (34,8%) от 2-ой и 6 (13%) от 3-ей и более беременностей. У 25 (54,3%) матерей наблюдались осложнения в течении беременности. Массо-ростовые показатели при рождении составили $3451,4 \pm 305,9$ г и $52,7 \pm 1,4$ см без значимых половых и групповых различий. Отягощенная наследственность по аллергии отмечена у 14 (30,4%) больных. Осложненное течение заболевания наблюдалось значительно реже – у 4 (8,7%) детей, чем неосложненное – у 42 (91,3%), $p < 0,05$ и имело место при распространенном процессе. На момент госпитализации у 22 (47,8%) пациентов наблюдалось обострение заболевания и у 24 (52,2%) – ремиссия. Пациенты II группы (средний возраст $0,47 \pm 0,24$ лет) были моложе, чем остальные дети (I – $1,43 \pm 0,21$, III – $8,04 \pm 2,17$, IV – $3,99 \pm 1,54$ лет), $p < 0,05$. Сопутствующая патология у большинства детей представлена заболеваниями ЖКТ 24 (52,2%), органов дыхания 21 (45,7%), сердечно-сосудистой системы 10 (21,7%) и анемией 7 (15,2%). Аномалии развития органов (АХЛЖ, S-образный желчный пузырь) выявлены у 18 (39,1%), другие аллергические заболевания (аллергический ринит, бронхиальная астма) – у 28 (60,1%) пациентов. Атопический марш (АтД+АР+БА) имели место у 9 (19,6%). Анализируя характер вскармливания пациентов с АтД, установлено, что менее половины из них – 21 (45,7%) на первом году жизни находились на естественном вскармливании, 17 (37%) были переведены на искусственное вскармливание до 4 месяцев жизни и 8 (17,4%) после 4 месяцев. Детей с распространенным процессом среди переведенных на раннее искусственное вскармливание было больше: с младенческой стадией 52,7% и детской 60%. Распределение анализируемых показателей внутри групп представлено в таблице 1.

Таблица 1 – Клинико-анамнестические показатели у детей различных групп

Показатели / группы	I (n=19)	II (n=7)	III (n=10)	IV (n=10)
Девочки	10 (52,6%)	4 (57,1%)	7 (70,0%)	7 (70,0%)
Мальчики	9 (47,4%)	3 (42,9%)	3 (30,0%)	3 (30,0%)
Рост при рождении см	51,2±2,4	52,7±4,3	52,1±1,9	52,2±3,6
Вес при рождении г	3296,8±201,9	3451,4±317,1	3372,2±213,4	3398,0±310,7
Осложненное течение	3 (15,8%)	0 (0%)	1 (10,0%)	0 (0%)
Неосложненное течение	16 (84,2%)	7 (100%)	9 (90,0%)	10 (100%)
Ремиссия	7 (36,8%)	4 (57,1%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)
Обострение	12 (63,2%)	3 (42,9%)	6 (60,0%)	9 (90,0%)
Естеств. вскармливание	9 (47,4%)	4 (57,1%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)
Исск. вскармливание до 4 мес.	9 (47,4%)	1 (14,3%)	4 (40,0%)	3 (30,0%)
Исск. вскармливание после 4 мес.	1 (5,2%)	2 (28,6%)	2 (20,0%)	3 (30,0%)

Проводя анализ лабораторных данных, мы отметили, что состав периферической крови и биохимические показатели у обследованных детей с атопическим дерматитом имели статистически незначимые различия. Данные представлены в таблицах 2 и 3.

Таблица 2 – Показатели гемограммы и общего IgE ($M \pm \sigma$) у детей различных групп

Показатели / группы	I (n=19)	II (n=7)	III (n=10)	IV (n=10)
Эритроциты $\times 10^{12}/л$	4,45±0,52	4,36±0,28	4,58±0,49	4,85±0,44
Гемоглобин г/л	120,70±7,74	119,86±8,42	134,44±11,6	133,57±10,8
Тромбоциты $\times 10^9/л$	389,61±51,2	470,14±82,2	303,00±88,2	319,71±58,4
Лейкоциты $\times 10^9/л$	13,79±0,82	10,48±2,48	7,22±4,67	7,11±17,23
Эозинофилы %	4,56±2,11	5,83±1,58	3,44±4,65	2,86±6,08
Нейтрофилы %	36,21±13,02	25,14±15,00	48,11±17,04	45,57±17,10
Лимфоциты %	52,53±12,29	64,00±16,44	41,56±17,32	46,14±19,60
Моноциты %	6,68±3,45	5,86±3,17	5,89±1,46	5,29±3,83
СОЭ мм/час	7,40±3,13	7,00±4,74	6,08±3,95	4,88±0,49
Общий IgE IU/ml	19,33±7,06	83,42±13,17	74,59±9,16	60,57±12,6

Как видно из представленных данных, более низкие цифры эритроцитов и гемоглобина и высокие – эозинофилов и тромбоцитов - констати-

рованы во второй группе. Отличались в анализируемых группах и соотношение лимфоцитов и нейтрофилов, хотя это может быть связано с возрастными особенностями состава периферической крови.

Из представленных лабораторных данных статистически значимые различия выявлены только по уровню общего IgE IU/ml. В группе пациентов с младенческой ограниченной формой атопического дерматита (II) содержание IgE оказалось наиболее высоким. Причем возраст детей этой группы был наименьшим, поэтому полученные результаты нельзя объяснить возрастными особенностями.

Таблица 3 – Биохимические показатели ($M \pm \sigma$) у детей различных групп

Показатели / группы	I (n=19)	II (n=7)	III (n=10)	IV (n=10)
Общий белок г/л	60,33±4,63	56,20±5,71	70,33±3,44	67,71±3,14
Мочевина ммоль/л	3,67±0,90	2,75±23,15	5,85±1,90	4,12±0,62
Креатинин мкмоль/л	21,53±15,53	39,76±11,62	50,50±9,19	42,33±4,93
Холестерин ммоль/л	4,10±1,36	4,55±1,06	4,73±0,76	4,00±0,40
Мочевая кислота мкмоль/л	195,0±70,63	208,32±1,06	288,50±94,04	235,50±48,79
СРБ мг/л /	1,00±0,34	0,60±0,11	1,23±0,73	0,60±0,40
Глюкоза ммоль/л	4,74±1,63	3,93±0,17	4,58±0,84	4,69±0,48
АсАТ U/L	37,41±14,96	37,80±3,34	25,89±6,88	27,43±5,09
АлАТ U/L	32,65±14,47	38,20±12,77	19,44±9,09	19,29±5,99
Амилаза г/час.л	36,09±20,60	29,00±12,03	50,44±18,62	51,00±16,47
Fe-сыв мкмоль/л	11,69±4,44	10,50±2,42	16,10±10,82	15,94±3,61

Из анализируемых биохимических показателей у детей II группы были ниже уровень общего белка, мочевины, амилазы, глюкозы и сывороточного железа и выше – трансаминаз (АлАТ, АсАТ).

Заключение. На основании полученных результатов обследования 46 пациентов детского возраста с различными формами атопического дерматита можно сделать следующие выводы:

1. Среди обследованных детей преобладали лица женского пола.
2. Больше половины обследованных пациентов на первом году жизни были переведены на искусственное вскармливание.
3. Абсолютное большинство детей с АтД (91%) имели неосложненное течение заболевания. Все случаи осложненного заболевания наблюдались у больных с распространенным процессом.
4. Аллергическое воспаление в коже имело IgE – зависимый механизм практически у всех пациентов. Уровень общего IgE имел макси-

мальное значение у детей с младенческой ограниченной формой атопического дерматита.

5. Состав периферической крови и биохимические показатели имели статистически незначимые различия у больных с различными клиническими формами заболевания.

Литература:

1. Беляева, Л.М. Атопический дерматит и аллергический ринит у детей и подростков / Л.М. Беляева. – Минск: В.И.З.А.ГРУПП, 2006. – 196 с.

2. Жерносек, В.Ф. Аллергические заболевания у детей: руководство для врачей / В.Ф. Жерносек, Т.П. Дюбокова. – Минск: Новое знание, 2003. – 335 с.

3. Торопова, Н.П. Атопический дерматит у детей / Н.П. Торопова // Педиатрия им. Г.Н. Сперанского. – 2003. – № 6. – С. 103-107.

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ, ИНВАЛИДНОСТИ И СМЕРТНОСТИ ПОДРОСТКОВ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Сурмач М.Ю., Езепчик О.А.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»,
кафедра общественного здоровья и здравоохранения*

Состояние здоровья подростков является индикатором социального благополучия и медицинского обеспечения предшествующего периода детства, предвестником изменений в здоровье населения в последующие годы. Меры по укреплению здоровья подростков приобретают в настоящее время особую актуальность на фоне депопуляционных процессов. Так, численность лиц старшего подросткового возраста в Беларуси только за последние пять лет (с 2008 по 2012 годы) сократилась на 23,3%, их доля в структуре населения снизилась до 5,8% в 2012 году с 8,1% в 2000 году [8]. В то же время, именно подростки представляют собой демографический потенциал страны.

Цель данной работы - установить особенности показателей заболеваемости, инвалидности, смертности, физического развития подростков Беларуси, выделить наиболее значимые с медико-социальной точки зрения проблемы данного возраста.

По итогам профилактических осмотров в 2010 году, большинство детей 0-17 лет относятся ко II группе здоровья (48,2%), 28,13% имеют I группу здоровья, 22,4% - III; 1,27% - IV группу здоровья [10]. Среди подростков 15-17 лет практически здоровых (I группа здоровья) в 2009 г. было 26,3% юношей и 24,7% девушек [1]. Доля подростков, имеющих факторы