

- in a milk-allergic child after ingestion of soy formula cross-contaminated with cow's milk protein // Pediatrics 2005; 116: 1223–1225.*
38. Kattan J., Konstantinou G., Cox A. et al. Anaphylaxis to diphtheria, tetanus, and pertussis vaccines among children with cow's milk allergy // *Ibid.* 2011; 128: 215–218.
39. Parisi C., Smaldini P., Gervasoni M. et al. Hypersensitivity reactions to the Sabin vaccine in children with cow's milk allergy // *Clin Exp Allergy.* 2013; 43: 249–254.
40. Muraro A., Hoffmann-Sommerguber K., Hotzhauser et al. EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guideline. Protecting consumers with food allergies: understanding food consumption, meeting regulations and indentifying unmet needs. // *Allergy.* 2014;69: 14364–14372.
41. Смолкин Ю. С., Грищенко Е. А. Современные представления о формировании оральной толерантности (часть 1) // *Аллергология и иммунология в педиатрии.* 2015. № 4 (43). С. 29–35.
42. Смолкин Ю. С., Грищенко Е. А. Современные представления о формировании оральной толерантности (часть 2) // *Аллергология и иммунология в педиатрии.* 2016. № 1 (44). С. 8–14. ■

МАТЕРИАЛЫ VII ВСЕРОССИЙСКОГО КОНГРЕССА АДАИР

MATERIALS OF VII ALL-RUSSIAN CONGRESS ADAIR

ПРОФИЛАКТИКА ПНЕВМОКОККОВЫХ ИНФЕКЦИЙ У ПАЦИЕНТОВ СО ВТОРИЧНЫМИ ИММУНОДЕФИЦИТНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ

Н.П. Андреева¹, Т.И. Петрова², Н.Л. Рассказова², О.И. Голубцова²

¹ ФГБОУ ВПО ЧГУ им. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

² БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия

Актуальность. Среди детей разного возраста наиболее подвержены инвазивной пневмококковой инфекции больные с иммунодефицитными состояниями, наиболее часто клиническая манифестация вторичных иммунодефицитных состояний реализуется в форме рецидивирующих заболеваний бронхолегочной системы. Из инфекционных факторов наибольшее значение в этиологии бронхитов имеют вирусы (95 % случаев) и вирусно-бактериальные ассоциации. На втором месте по значимости стоит бактериальная природа заболевания (*S. pneumoniae*, *H. influenzae*).

Цель исследования. Разработка схем специфической иммунопрофилактики заболеваний, обусловленных *Streptococcus pneumoniae*, у пациентов со вторичными иммунодефицитными состояниями в форме рецидивирующих заболеваний бронхолегочной системы.

Материалы и методы. Больные I группы с диагнозом рецидивирующий бронхит (n=32) и II группы с диагнозом часто болеющий ребенок (n=30), дети были вакцинированы пневмококковыми вакцинами. Способность к антителообразованию определяли путем исследования парных сывороток.

Результаты и обсуждение. В 1 группе снизилась частота обострений с $4,1 \pm 0,34$ до $2,7 \pm 0,46$ ($p < 0,02$), и во 2 группе с $5,8 \pm 0,29$ до $2,3 \pm 0,19$ ($p < 0,001$). Уровень IgG-АТ к ПС, входящим в состав полисахаридной вакцины, через 3 месяца увеличился в 1,5 раза до $69,3 \pm 10,5$ у.е. ($p < 0,05$), а к 6 месяцам – в 2,1 раза до $93,02 \pm 10,0$ у.е. ($p < 0,001$). При исследовании динамики уровня IgG-АТ к антигенам клеточной стенки *S. pneumoniae* у детей с рецидивирующим бронхитом не выявлено каких-либо статистически значимых изменений в течение года наблюдения.

Заключение. Вакцинопрофилактика — один из этапов терапии и профилактики рецидивирующих заболеваний респираторного тракта у детей.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ АСИТ У ДЕТЕЙ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Н.П. Андреева¹, Т.И. Петрова², Н.Л. Рассказова², О.И. Голубцова²

¹ ФГБОУ ВПО ЧГУ им. Ульянова, г. Чебоксары, Россия

² БУ «Городская детская клиническая больница» Минздрава Чувашии, г. Чебоксары, Россия

Проведен анализ эффективности АСИТ при различных методах введения аллергенов — инъекционным и сублингвальным 209 детей в возрасте от 8 до 18 лет с бронхиальной астмой (34,8%) и аллергическим ринитом (65,2%) легкой и средней степени тяжести после 3 лет лечения. Аллергологический анамнез был отягощен у всех детей. Только 20% детей имели моновалентную сенсibilизацию. Чаще всего бытовая сенсibilизация к синантропным клещам сочеталась с пыльцевой и/или эпидермальной. Дети были распределены на 3 группы: 1 группа (22,0%) получила подкожные инъекции отечественных аллергенов, 2-я (13,4%) — аллергены Фосталь и Алюсталь (Сталлержен) в подкожных инъекциях, 3-я группа — Сталораль и Оралейер (Сталлержен) сублингвально. Эффективность лечения оценивалась по регрессу клинических симптомов, по общепринятой 4-х балльной шкале, по потребности в поддерживающих препаратах, кожной и бронхиальной реактивности, уровню общего IgE и аллергенспецифических IgE-, IgG-, IgG4-антител. Отличный и хороший эффект АСИТ наблюдался почти у всех детей, но при инъекционном введении такая тенденция развивалась уже после 1—2 лет лечения, соответственно у 88,7% и 95,7% детей 1 и 2 групп, тогда как при сублингвальном — эффект проявлялся более отсроченно через 2-3 года СЛИТ, особенно при сенсibilизации к клещам домашней пыли, что еще раз доказывает необходимость длительного проведения АСИТ. Осложнений, требующих отмены лечения, нами не наблюдалось.

ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К НЕПЫЛЬЦЕВЫМ АЛЛЕРГЕНАМ, КАК ПРИЧИНА СИМПТОМОВ ПОЛИВАЛЕНТНОЙ АЛЛЕРГИИ, У ДЕТЕЙ С ПОЛЛИНОЗОМ

Е. В. Андреева¹, Т.С. Лепешкова²

¹ МЦ «Семейный доктор», г. Магнитогорск, Россия

² МАУ «Городская детская поликлиника №13», г. Екатеринбург, Россия

Актуальность. Симптомы сезонного риноконъюнктивита могут существенно беспокоить детей в течение весенне — летнего и/или летнего сезонов. У части детей поллиноз появляется как первое и основное аллергическое заболевание, которое потом беспокоит пациента долгие годы во время сезона цветения. Однако, у значительного числа больных симптомы пыльцевого риноконъюнктивита возникают на фоне уже имеющихся аллергических заболеваний респираторного тракта (бронхиальная астма, аллергический ринит) и/или кожи (атопический дерматит). В этом случае ребенок переносит аллергические проявления круглогодично, поскольку у пациента с поливалентной сенсibilизацией одни аллергенные триггеры сменяются другими.

Целью настоящего исследования явилось изучение сенсibilизации к бытовым, эпидермальным и пищевым аллергенам у детей, страдающих поллинозом, для более точного понимания всех аллергенных воздействий, а, следовательно, и более точных терапевтических воздействий.

Материалы и методы. В исследование было включено 327 детей в возрасте от 3 до 18 лет (средний возраст — 8 лет), из них — 223 мальчика (68,2%) и 104 девочки (31,8%), обратившихся к врачу аллергологу-иммунологу с жалобами на проявления сезонной аллергии. При этом, одни дети имели только симптомы поллиноза, а другие отмечали появление сезонного риноконъюнктивита на фоне других аллергических заболеваний. Все пациенты были разделены на 4 возрастные груп-

пы: I группу (3–4 года) составили 42 человека; во II группу (5–8 лет) вошли 139 человек; в III группу (9–15 лет) включены 104 человека; в IV группу (16–18 лет) выделены 42 человека. Всем детям проведено стандартное специфическое аллергологическое исследование (сбор аллергологического анамнеза, физикальный осмотр, скарификационные кожные пробы с пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными и пищевыми аллергенами фирмы НПО «Микроген» Россия (вне сезона поллинозиса), при этом степень сенсибилизации варьировала от слабой (+, волдырь 2–3 мм в диаметре) до крайне высокой (++++, волдырь более 10 мм в диаметре с псевдоподиями).

Триггер(ы) с помощью кожных проб был(и) определен(ы) для каждого эпизода.

Результаты. Установлено, что в среднем в 60% случаев у детей каждой возрастной группы поллиноз формируется на фоне отягощенного аллергоанамнеза. Сезонный аллергический риноконъюнктивит у уральских детей преимущественно обусловлен появлением сенсибилизации к пыльце деревьев семейства Букоцветных (у 82% детей), при этом моносенсибилизация к березе выявляется у 60–69% детей. Чувствительность к злаковым травам появляется и увеличивается с возрастом детей (от 6% в I группе до 53% в IV группе). Сенсибилизация к сорным травам оказалась не более 41% в каждой возрастной группе.

Клещи домашней пыли – наиболее значимый бытовой триггер детей, проживающих на Урале. Число сенсибилизированных детей (от 13% в I группе до 28% в IV группе) и степень сенсибилизации увеличивается с возрастом. В I и во II группах были отмечены слабая и средняя степени чувствительности к клещам домашней пыли, в то время, как у трети пациентов старше 9 лет была зарегистрирована высокая и крайне высокая степень чувствительности (у 27% пациентов). Было установлено, что до трети пациентов в каждой возрастной категории имели бронхиальную астму или бронхиальную астму с сопутствующим аллергическим ринитом, обусловленную преимущественно бытовыми и эпидермальными аллергенами.

Среди эпидермальных аллергенов преобладающими триггерами были аллергены шерсти кошки, перхоти лошади и шерсти собаки. Выявлено, что рост сенсибилизации приходится на возраст 5–8 лет, при этом прослежена тенденция увеличения степени сенсибилизации от слабой до крайне высокой с возраста 5 лет. Каждый пятый пациент, имеющий бронхиальную астму или/и аллергический ринит, был сенсибилизирован к кошке. При этом до 5% обследуемых каждой возрастной группы имели сенсибилизацию сразу к трем вышеуказанным эпидермальным аллергенам.

У обследуемых нами детей с поллинозом атопический дерматит был установлен в 27–33% случаев в зависимости от возраста детей. Пищевая сенсибилизация, как одна из возможных причин атопического дерматита, зарегистрирована у большого числа пациентов. Так сенсибилизация к молоку выявлена во всех группах: в I и II группах – у 13% детей, в III гр – у 10% пациентов, IV гр – у 6% больных, при этом степень чувствительности к подростковому возрасту была слабой и умеренной, в то время как до 8 лет были дети с высокой чувствительностью к белкам коровьего молока. Чувствительность к белку куриного яйца зарегистрирована во всех возрастных группах (у 9–12% обследованных детей). При этом сенсибилизация к желтку куриного яйца высокой степени отмечена только у детей первых двух групп, а в III гр была слабой степени, а в IV гр – не выявлялась совсем.

Стоит отметить и высокую сенсибилизацию детей к цитрусовым аллергенам (апельсин, мандарин, лимон) в первые четыре года жизни. Среди пациентов II и III групп от 19 до 25% исследуемых имели сенсибилизацию к разным цитрусовым, в то время, как у подростков – эта чувствительность была 3–6%.

Было замечено, что 10–13% детей с поллинозом имеют сенсибилизацию к пищевым злакам. Установлено, что с возрастом число больных и степень сенсибилизации к пшенице, овсянке, грече – уменьшается, а к рису и ячменю растет до крайне высокой степени чувствительности (9% случаев). Вероятно, данное обстоятельство связано как с пыльцевой сенсибилизацией к дикорастущим луговым травам, так и с изменением пищевого поведения у подростков при сравнении их с детьми младшего и среднего возраста.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о поливалентном характере сенсibilизации у детей с поллинозом. Данное обстоятельство требует персонализированного подхода к каждому ребенку с учетом всех его аллергических заболеваний и значимых сенсibilизаций при планировании его на СИТ с пыльцевыми аллергенами, разработки индивидуальной лечебной диеты. В противном случае неконтролируемые аллергические реакции на коже и слизистых оболочках приведут к отмене СИТ. В недалеком будущем в России, вероятно, наряду с терапией пыльцевыми аллергенами будет возможно использование адъювантных аллерговакцин нового поколения для лечения эпидермальной и пищевой сенсibilизации, что существенно улучшит качество жизни полисенсibilизированных пациентов поллинозом.

ОБУЧАЮЩАЯ РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

З.А. Бакирова

ГБПОУ ДЗМ «Медицинский колледж №6», г. Москва, Россия

С целью изучения особенностей течения бронхиальной астмы, уровня информированности пациентов о диагностике, лечении и реабилитации при данном заболевании было проведено анкетирование 24 пациентов, госпитализированных в стационар с диагнозом «Бронхиальная астма» в возрасте от 21 до 58 лет. Среди причин, провоцирующих приступ бронхиальной астмы, были названы: аллергия на пыль, наличие домашних животных, стрессовая ситуация, холодный фактор, продукты питания, физическая нагрузка. Всего 33% респондентов знали все правила гипоаллергического быта, остальные хотели бы получить дополнительную информацию. Уверенно владели навыком использования пикфлоуметра лишь 46% опрошенных, 17% пациентов вели дневник самонаблюдения, 42% ответили, что не слышали о желательности ежедневного контроля состояния с помощью пикфлоуметра и дневника самонаблюдения. Только 75% респондентов соблюдали все правила пользования дозированным аэрозольным ингалятором. Половина пациентов не знали особенности питания при бронхиальной астме и лишь 36% соблюдали предписанные рекомендации. Большая часть опрошенных (71%) были уверены в своих знаниях о самопомощи при приступе, остальные нуждались в дополнительном информировании. Большинство пациентов не посещали «Астма-школу» (92%).

Таким образом, необходимо активно привлекать медицинских сестер к своевременному выявлению нарушенных потребностей (физиологических, духовных и социальных), настоящих, приоритетных и потенциальных проблем, информированию и индивидуализированному обучению пациентов, в том числе в рамках «Астма-школы». Роль медсестры особенно актуальна в педиатрической практике при обучении родителей детей, страдающих бронхиальной астмой.

РЕГИСТР БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ (БА) У ДЕТЕЙ В ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ

О.В. Воляник, Л.Ю. Попова, Е.В. Бобкова, Т.В. Вивтаненко, Г.Д. Алеманова, Е.А. Злодеева

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Оренбург, Россия

В 2017 году приказом Минздрава Оренбургской области был создан Региональный регистр больных БА.

Цель. Оптимизация лечебно-профилактической помощи детям с бронхиальной астмой.

Дизайн исследования. Мониторинг эффективности лечебно-профилактической помощи у детей Оренбургской области с верифицированным диагнозом БА с применением компьютерной информационной технологии (Региональный регистр) за 2017 и 2018 годы. Кабинет Регионального регистра функционирует на базе Областного детского центра аллергологии и клинической иммунологии ГАУЗ «ООКБ №2»

Результаты. Анализ работы регистра за 2 года показал, что имеет место позднее направление детей с БА на III уровень оказания специализированной помощи и специализированный консультативный прием врача аллерголога. Увеличение обращений за СМП в районах, по данным регистра, свидетельствует о недостаточном контроле БА или ошибках в ведении этих больных участковым педиатром. С целью оптимизации медикаментозной терапии необходимо наблюдение и ведение детей с БА с использованием Регионального регистра. Современная инновационная технология Регионального регистра БА имеет преимущества on-line коррекции терапии и своевременной стационарной помощи. Опыт ведения регистра показал, что его применение позволяет не только динамически наблюдать детей с БА, но также прогнозировать и проводить мониторинг эффективности и безопасности лечения, оптимизировать целевое льготное лекарственное обеспечение пациентов.

Таким образом, даже предварительный анализ данных регистра дает возможность оценить ситуацию с БА в целом, а также выявить тенденции, связанные с внедрением современных подходов к терапии этого тяжелого заболевания.

ВЫЯВЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ АЛЛЕРГЕННЫХ ТРИГГЕРОВ МЕТОДОМ МОЛЕКУЛЯРНОЙ КОМПОНЕНТНОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ С ПОЛЛИНОЗОМ

Т.С. Лепешкова

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» МЗ РФ, МАУ «Городская детская поликлиника №13», г. Екатеринбург, Россия

Поллиноз – группа сезонных заболеваний, возникающих под воздействием пыльцевых аллергенов у sensibilizированных к этим аллергенам лиц. Распространенность пыльцевой sensibilizации в конкретной местности зависит от природно- климатических особенностей, экологических факторов и техногенного влияния человека в данном изучаемом регионе.

Целью настоящего исследования явилось изучение спектра sensibilizации у детей с пыльцевой аллергией, с позиций определения у них истинной реактивности и кросс-sensibilizации к пыльцевым аллергенам с целью для дальнейшего планирования курса специфической аллерготерапии.

В исследование были включены 27 детей с ежегодными симптомами сезонной аллергии в возрасте от 5 до 16 лет (средний возраст $6,96 \pm 5,42$), 20 мальчиков и 7 девочек. Из 27 пациентов у 18 детей (66,67%) был выставлен диагноз пыльцевая бронхиальная астма, у 30 (100%) были проявления сезонного риноконъюнктивита в разные периоды поллинозиса на Урале. У всех детей при проведении кожного тестирования отмечалась sensibilizация и к деревьям, и к сорным и злаковым травам.

Обследование проводилось методом молекулярной аллергодиагностики с использованием панели для определения уровня IgE-антител к 112 аллергенным молекулам (ISAC).

При проведении аллергологического обследования было выявлено, что у детей с пыльцевой аллергией, проживающих на Среднем Урале, выявляется истинная sensibilizация к главному мажорному аллергену пыльцы березы rBetv1 в 92,5% случаев, т.е. из 27 у 25 детей ($16,26 \pm 3,46$ ISUE). При этом повышенная чувствительность к перекрестно-реагирующей молекуле профилина березы (rBetv2) была обнаружена только у 3 детей в 11,11% ($3,30 \pm 0,75$ ISU-E). Sensibilizация к перекрестно-реагирующим компонентам пыльцы деревьев из группы PR-10 протеинов установлена у 66,67% детей к ольхе rAln g1 – 18 человек ($2,57 \pm 0,84$ ISU-E) и у 51,85% детей к пыльце орешника rCor a 1.0101 – 14 человек ($3,42 \pm 0,67$ ISU-E).

У 3 пациентов (11,11%) было выявлено повышения уровня антител к кипарису nCup ($1,90 \pm 0,18$ ISUE), у других 3 обследуемых (11,11%) – к платану tPla a1 ($0,45 \pm 0,01$ ISU-E), а еще у 4 детей (14,81%) к японскому кедру nCru j1 ($1,2 \pm 0,16$ ISU-E).

Значительно реже чем чувствительность к деревьям, регистрировалась истинная sensibilizация к пыльце злаковых и сорных трав.

Так повышение уровня главных и перекрестно-реагирующих специфических IgE-антител к молекулам тимофеевки выявлено: к rPhl p1 у 7 детей – 25,93% (5,67±0,93 ISU-E), к rPhl p4 – у 5 детей – 18,52% (1,72±0,26 ISU-E), к rPhl p5 – у 5 пациентов – 18,52% (4,8±0,84 ISU-E), к rPhl p6 – у 2 детей – 7,41% (2,75±0,39 ISU-E), к rPhl p11 у 2 больных – 7,41% (1,6±0,22 ISU-E), к rPhl p12 тоже у 2 человек 7,41% (3,40±0,65 ISU-E). Повышенный уровень антител к свиному Суп d1 установлен у 5 пациентов – 18,52% (4,8±0,84 ISU-E).

Истинную сенсibilизацию к полыни nArtv1 удалось зарегистрировать только – у 5 человек – 18,52% (3,06±0,75 ISU-E) из обследованных детей, а сенсibilизация к амброзии выявлена только у одного ребенка. Повышения специфических антител к постеннице лекарственной, мари, подорожнику, кураю не установлено ни у кого из детей.

В связи с высокой экспозицией пыльцы березы на Урале и родственных ей Букоцветных деревьев из перекрестно-реагирующих компонентов самыми частыми выявлялись белки семейства PR-10. У большого числа обследованных детей клинические проявления орального аллергического синдрома были подтверждены наличием перекрестной чувствительности к плодовым «косточковым» культурам. Так самая частая сенсibilизация была отмечена к фундуку rCor a 1.0401 в 77,78% (5,57±1,30 ISU-E), к яблоку Mal d1 в 66,67% (5,64±1,33 ISU-E), к персику Pru p1 в 55,56% (3,7±0,70 ISU-E), к арахису rAra h8 в 51,85% (2,45±0,59 ISU-E), к соевым бобам n Gly m4 25,93% (3,80±0,80 ISU-E) и к киви rAct d8 в 14,81% (1,3±0,17 ISU-E) случаев.

В результате проведенных исследований с использованием биочипов (ISAC) для определения уровня IgE – антител к различным аллергенным молекулам нам удалось выявить и дифференцировать истинную IgE-опосредованную сенсibilизацию и перекрестную реактивность у детей с пыльцевой аллергией, наиболее точно подобрать пациентам специфическую иммунотерапию, разработать и откорректировать индивидуальную диету каждому ребенку.

ЛИМОН: СЕНСIBILИЗАЦИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ

Ю.А. Лыгина, А.С. Прилуцкий

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Лимон, наряду с другими цитрусовыми, входит в число ведущих этиологических факторов развития пищевой аллергии. Следует отметить, что публикации, описывающие аллергию к лимону, немногочисленны, в то время, как роль апельсина и мандарина в возникновении аллергических реакций изучена достаточно подробно.

Нами проведено исследование частоты сенсibilизации и клинических реакций при употреблении в пищу лимона, а также изучены отечественные и зарубежные публикации, посвященные этому вопросу. В проведенных нами собственных исследованиях частота сенсibilизации к лимону, выявляемая методом определения специфических IgE-антител (sIgE), составила 25,32±2,37% среди детей и подростков и 34,5±5,2% среди взрослых. Частота клинических реакций на лимон, определяемая с помощью специализированных опросников, находилась на уровне 8,57±3,35% в общей группе лиц, страдающих пищевой аллергией.

Проведенный нами метаанализ публикаций, посвященных изучению частоты сенсibilизации к антигенам лимона показал, что усредненный уровень регистрации положительных результатов, выявляемый при исследовании sIgE, составил 34,1±3,4 % (95% ДИ 27,5-40,8), а путем кожных тестов – 20,7±1,6% (95% ДИ 17,4-23,9). В то же время, совокупная частота клинических реакций при употреблении в пищу лимона составила 9,6±0,5 % (95% ДИ 8,6-10,6).

Таким образом, нами было установлено, что частота сенсibilизации к антигенам лимона, выявляемая с помощью кожных тестов и определения sIgE достоверно ($p < 0,001$) выше, чем частота клинических реакций на лимон. Результаты, полученные нами в ходе собственных исследований, в общем соответствуют усредненным данным метаанализа в проанализированных нами научных публикациях мира.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Н.А. Лян¹, М.А. Хан¹, Т.А. Филатова², И.И. Калиновская³

¹ ГАОУ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

² ГБУЗ «Детская городская клиническая больница им. Н.Ф. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

³ ГБУЗ «Детский бронхолегочный санаторий №15 Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

Основными задачами медицинской реабилитации детей с бронхиальной астмой (БА) являются улучшение бронхиальной проходимости, увеличение экскурсии грудной клетки, повышение общей физической работоспособности и толерантности к физической нагрузке. Включение в комплексную медицинскую реабилитацию немедикаментозных технологий позволяет снизить лекарственную нагрузку на организм ребенка, способствует уменьшению частоты приступов, удлинению ремиссии заболевания, хорошо переносится детьми и сочетается с базисной терапией. На первом этапе медицинской реабилитации детей с БА широко используется аэрозольтерапия, аэроионотерапия, низкоэнергетическое лазерное излучение, массаж, дыхательная гимнастика. В период стихающего обострения особое внимание уделяется импульсным воздействиям, позволяющим оказывать активное влияние на состояние нервной рецепции, тонус дыхательных мышц и гладкой мускулатуры бронхов, фармакофизиотерапевтическим методам воздействия, ультразвуковой терапии, светотерапии, противовоспалительным методам, импульсному низкочастотному электростатическому полю. Выраженное влияние на муколитическую активность оказывают спелеотерапия, галотерапия. С целью улучшения переносимости физических нагрузок, нормализации психоэмоционального состояния используются различные методы тренировки дыхания: звуковая гимнастика, абдоминального дыхания, применение индивидуальных дыхательных тренажеров, метода биологической обратной связи и др., способствующих повышению устойчивости к гипоксическим и гиперкапническим воздействиям, дренированию, улучшению вентиляции и бронхиальной проходимости. Одними из ведущих технологий медицинской реабилитации детей с БА являются лечебная физкультура, кинезо- и гидрокинезотерапия, которые способствуют снятию патологических кортиковисцеральных рефлексов, восстановлению нормального стереотипа регуляции органов дыхания, обучению больных управлению своим дыханием, увеличению адаптации организма к возрастающим нагрузкам. Массаж грудной клетки уменьшает бронхоспазм, способствует отхождению мокроты, увеличивает силу и выносливость дыхательных мышц. Терапия минеральными водами в виде ингаляций, питьевого лечения и бальнеопроцедур занимает достойное место в комплексной реабилитации детей с БА за счет содержащихся в их составе растворенных солей, микроэлементов и некоторых биологически активных компонентов. Различные виды климатического воздействия способствуют выраженной перестройке реактивности детского организма, продлению ремиссии заболевания.

НЕКОТОРЫЕ ИТОГИ ПОДГОТОВКИ И ПРОВЕДЕНИЯ ВАКЦИНАЦИИ ДЕТЯМ С КАРДИОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

В.А. Мельник, Е.И. Беседина, Ю.А. Лыгина

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

В настоящее время отношение к отводам от прививок детям постоянно корректируется в сторону уменьшения. Это связано с индивидуализацией иммунопрофилактики детям с различной соматической патологией, в том числе кардиологической, и разработкой новых подходов к реабилитации их. Была определена возможность и риски плановой иммунизации детей с кардиологической патологией (КП) и намечены пути их реабилитации.

При КП группа вакцинального риска чаще всего представлена инфекционной патологией у детей с открытым Боталловым протоком, иммунодефицитным состоянием при сочетании поражений сердца,

патологии тимуса и/или гуморального звена иммунитета, аутоиммунными процессами при ревматизме и других коллагенозах и др. Кроме того вакцинация детей с КП может иметь и другие риски: возможность поствакцинальных реакций (ПВР) и осложнений (ПВО), обострения фонового заболевания, наложения различных заболеваний после прививки, отсутствие специфического антителообразования.

Нами было обследовано 11 детей в возрасте от 3 месяцев до 4-х лет, нуждающихся в оперативном лечении по поводу КП. На момент исследования все они имели разные степени тяжести проявлений сердечной недостаточности (кроме тяжелой). Плановые прививки им были проведены во время полной или частичной клинико-лабораторной ремиссии на фоне противорецидивной терапии до и после введения вакцины в сочетании с отварами из листьев черной смородины в качестве иммунодулирующего средства. У привитых детей ПВР и ПВО не наблюдались.

Таким образом, проведение вакцинации детям с КП возможно на фоне противорецидивного и реабилитирующего лечения, что позволит снизить у них риск возникновения ПВР и ПВО.

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕЙ АЛЛЕРГИЗАЦИИ У ДЕТЕЙ С РАННЕ ДИАГНОСТИРОВАННЫМ ТОКСОКАРОЗОМ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ТЕРРИТОРИИ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

В.А. Мельник, Ю.А. Лыгина

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

В настоящее время в Донецкой Народной Республике наблюдается ежегодный рост заболеваемости токсокарозом среди детей. В первую очередь, это связано с неконтролируемым выгулом собак на территории детских площадок и отсутствием эпидемиологического мониторинга за этим паразитозом.

Нами была определена степень общей сенсibilизации детей, проходивших обследование в лабораторном отделении Университетской клиники г. Донецка по обращаемости с 2014 по 2019 гг.

Среди 2036 обследованных детей с кожными и респираторными проявлениями аллергии у 977 был подтвержден диагноз «Токсокароз» методом иммуно-ферментного анализа (ИФА). Этим детям также были проведены клинический анализ крови и определение уровня общего IgE.

Наиболее характерным лабораторным признаком у всех обследованных детей являлось повышенное содержание эозинофилов в периферической крови. Высокий относительный уровень эозинофилии у этих детей колебался в пределах 13–24 %. Уровень общего IgE в крови превышал возрастную норму только у 46 % детей с выявленным токсокарозом. В связи с этим, результаты исследования общего IgE у детей с токсокарозом не всегда могут служить гарантированным критерием степени сенсibilизации при лабораторной диагностике этого заболевания. Ни у одного из наблюдаемых детей этот диагноз не был подтвержден паразитологически, поскольку он устанавливается очень редко и только по наличию в тканях биоптата характерных образований гранулем и личинок.

На основании проведенного нами исследования, можно заключить, что наиболее характерным лабораторным признаком токсокароза, наряду с обнаружением специфических антител методом ИФА, является стойкое повышенное содержание эозинофилов в периферической крови.

ОСОБЕННОСТИ ИММУНИЗАЦИИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА СОВРЕМЕННОЙ ЧЕТЫРЕХКОМПОНЕНТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ВАКЦИНОЙ, ВКЛЮЧЕННОЙ В КАЛЕНДАРЬ ПЛАНОВЫХ ПРИВИВОК ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

А.В. Мельник, К.В. Мельник, А.В. Мельник

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», г. Донецк, Донецкая Народная Республика

Дети, начиная с 3-месячного возраста, в соответствии с действующим календарём плановых профилактических прививок Донецкой Народной Республики (ДНР) прививаются против коклюша, дифтерии, столбняка и вирусного гепатита В (АКДС+Геп. В).

С целью выявления особенностей и эффективности вакцинации на первом году жизни четырехкомпонентной комбинированной вакциной АКДС+Геп. Введено изучение исходного уровня иммунитета и аллергии у 198 детей до и после иммунизации в возрасте от 3 месяцев и контрольной группы из 12 детей, получающих первую вакцинацию с 4 месяцев жизни. У них исследованы концентрации общего IgE и напряженность иммунитета (НИ) к указанным инфекциям методом иммуно-ферментного анализа.

В ходе проведенного исследования выявлено высокое содержание антител к дифтерии ($1,5 \pm 0,4$ МЕ/мл) и к столбняку ($1,6 \pm 0,3$ МЕ/мл) в сыворотках крови обследованных детей исследуемой группы. Примерно такие же показатели иммунитета к дифтерии и столбняку отмечались у их матерей.

У детей контрольной группы в возрасте 4-х месяцев, показатели НИ к дифтерии и столбняку были практически в два раза ниже, чем у детей в возрасте 3 месяца.

Уровень IgE перед началом проведения прививок в обеих группах не превышал возрастную норматива (до 74 МЕ/мл). По уровню исходной сенсибилизации у детей в возрасте 4-х месяцев нет преимуществ перед 3-х месячными детьми, в то время, как уровень материнских антител выше у 3-х месячных детей.

Таким образом, прививки в возрасте 4-х месяцев и старше следует начинать только тем детям, которые в 3-х месячном возрасте имели высокий материнский иммунитет против дифтерии и столбняка. Это позволит снизить у них число поствакцинальных реакций и осложнений аллергической природы.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

ПОЛЛИНОЗОВ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

О.В. Пономарева, Н.В. Чагаева, А.Ю. Щукина

ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, г. Киров, Россия

Цель исследования — изучение особенностей клинической картины поллинозов у детей младшего школьного возраста.

Обследовано 84 пациента 7—11 лет (46 мальчиков и 38 девочек). Путем опроса родителей и анализа амбулаторных карт был собран аллергоanamнез, кроме этого детям проводилось кожное тестирование с традиционным набором аллергенов, определялся уровень общего и специфических IgE методом ИФА, выполнялась спирометрия.

По итогам аллергообследования у 43 больных (51%) отмечалась только пыльцевая сенсибилизация, чаще выявлялась аллергия на пыльцу березы, ольхи, мятлика, тимофеевки, райграса и полыни. У части детей были диагностированы различные сочетания аллергии: пыльцевая+бытовая (32% (n=27)), пыльцевая+эпидермальная+бытовая (12% (n=10)), пыльцевая+эпидермальная (5% (n=4)), что видимо и обуславливало более тяжелое течение заболевания. Уровень IgE общего в период цветения у всех обследованных пациентов был выше нормы. У 60% больных имело место среднетяжелое, а у 40% легкое течение поллиноза. У обследованных детей преобладали респираторные формы заболевания (аллергический риноконъюнктивит (n=60), бронхиальная астма (n=8), их сочетание (n=16)). На возникновение симптомов орального аллергического синдрома (зуд в области рта, губ, горла (56%), заложенность носа (29%), зуд и покраснение глаз (15%)) при употреблении некоторых пищевых аллергенов (морковь, орехи, яблоки, косточковые и др.) указывали 42% (n=35) пациентов.

Таким образом, клинические проявления поллинозов у детей младшего школьного возраста достаточно разнообразны, что требует от педиатров большой настороженности в отношении данной патологии, позволяющей избежать гиподиагностики сезонной аллергии у детей.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ МАНИФЕСТАЦИИ АТОПИИ У ДЕТЕЙ

Н.В. Романова¹, И.А. Дарсалия², С.Л. Зудилова²

¹ Медицинский центр «Надежда», г. Ярославль, Россия

² Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Целью нашего исследования было выявление частоты реагирования лимфоидных образований рото- и носоглотки при аллергических заболеваниях у детей. Нами проведен анализ клинических особенностей заболеваний атопического генеза у 582 пациентов до 15 лет. Среди нозологических форм преобладали: бронхиальная астма (56,7%), рино-конъюнктивальные и респираторные проявления поллиноза (25,1%), бронхит с явлениями обструкции (9,4%), аллергические риниты (8,8%).

У 330 пациентов проведена верификация причинно-значимых аллергенов с использованием кожного аллергологического тестирования. В спектре сенсибилизации лидировали реакции с бытовыми и пыльцевыми аллергенами.

При обследовании пациентов обращала на себя внимание высокая частота выявления гипертрофии миндалин, аденоидных вегетаций и/или гипертрофии лимфоидных образований задней стенки глотки, которые встречались в 92% случаев при различных нозологических формах атопии. Реакция лимфоидных образований данной локализации и степень ее выраженности напрямую коррелировали с обострением основного атопического заболевания, особенно при поллинозах; но у ряда пациентов гипертрофические изменения сохранялись и вне периода обострения. При оценке результатов проведенного исследования явилось очевидным, что высокую частоту выявляемости реакций со стороны лимфоидных образований рото- и носоглотки при атопических заболеваниях верхних дыхательных путей можно рассматривать как первичную манифестацию IgE-зависимого характера реагирования. Необходимо учитывать эти особенности у детей с атопией и признать целесообразность базисной гипосенсибилизирующей терапии с использованием топических средств, уменьшающих воздействие причинно-значимых аллергенов.

ЛЯМБЛИОЗНАЯ ИНВАЗИЯ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ

Н.В. Романова¹, И.А. Дарсалия², Е.Ю. Капрельянц²

¹ Медицинский центр «Надежда», г. Ярославль, Россия

² Ярославский государственный медицинский университет, г. Ярославль, Россия

Простейшие и гельминты, воздействуя на макроорганизм продуктами своей жизнедеятельности, играют важную негативную роль в патогенезе атопического дерматита. Они способны сенсибилизировать организм больного и способствуют развитию эндогенной интоксикации, поэтому обследование на наличие гельминтов и простейших, методом выявления антител в сыворотке крови, является необходимым диагностическим мероприятием у пациентов с данным диагнозом. Среди паразитарных инвазий безусловное лидерство принадлежит простейшим рода *G.Lambliia*.

Целью исследования стало изучение частоты обнаружения антител к антигенам цист лямблий методом иммуноферментного анализа с использованием тест-систем Vector-best у больных атопическим дерматитом в сравнении с группой здоровых лиц.

Нами обследовано 27 пациентов с соответствующим диагнозом в возрасте от 3 до 10 лет. Контрольную группу составили 35 здоровых пациентов, сопоставимых по полу и возрасту. В группе атопического дерматита антитела к антигенам лямблий выявлены у 11 больных, что составляет 40,7%, тогда как в группе здоровых лиц гельминты были обнаружены лишь у 4 пациентов (11,4%).

Индекс позитивности у больных атопическим дерматитом составил в среднем 12, что достоверно выше, чем в группе здоровых лиц (1,5).

Результаты исследования свидетельствуют о том, что частота встречаемости лямблиозной инвазии у больных атопическим дерматитом достоверно выше, чем у здоровых лиц.

Носительство лямблий является важным фактором манифестации заболевания, частоты развития обострений, ухудшения течения и прогноза.

Стандарты обследования и лечения больных атопическим дерматитом должны включать исследование на лямблиоз с последующей коррекцией лечебных мероприятий в случае серопозитивности пациента.

РОЛЬ МИКРОБИОМА

РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ ПРИ ТЯЖЕЛОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ

О.Г. Рыбакова, И.А. Федоров

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия

Введение. Новые данные о микробиоме нижних дыхательных путей размывают классические термины «колонизация», «инфекция» заставляя исследователей строить новые научные гипотезы о роли взаимодействия микробиома - хозяина с заболеваниями, в частности, с бронхиальной астмой: ее началом, хронизацией и тяжестью течения. Бактериальный микробиом нижних дыхательных путей обсуждается как фактор, провоцирующий обострения БА и/или являющийся причиной сохранения симптомов заболевания.

Цель исследования. Оценить характер микробиома бронхиального дерева и его роль у детей при бронхиальной астме тяжелого течения.

Дизайн исследования. Исследование организовано по типу поперечного среза.

Материалы и методы. В исследование были включены дети со среднетяжелой (n=34) и тяжелой бронхиальной астмой (n=63), разделенные на возрастные группы: 4–7 лет, 8–11 лет, 12–14 лет. Всем пациентам проводилось бактериологическое исследование бронхиальных смывов, полученных при диагностической бронхоскопии.

Заключение. При тяжелом течении БА в период ремиссии в бронхиальных смывах преобладали *Streptococcus pneumoniae*, грамотрицательные кокки-*Acinetobacter*, а также чаще выявлялись *C.trachomatis*, в отличие от пациентов со среднетяжелым течением заболевания. Установлено, что у детей дошкольного возраста при тяжелой БА в фазу ремиссии достоверно чаще из бронхиального дерева высевался *Staphylococcus saprophyticus* и полностью отсутствовал *Staphylococcus epidermidis* (p < 0.05) в сравнении с группами 8–11 и 12–14 лет. У детей 8–11 лет достоверно чаще высевался *Streptococcus viridans* в сравнении с детьми 4–7 лет. Полученные данные могут свидетельствовать об увеличении колонизации респираторного тракта микрофлорой у детей при тяжелой БА с возрастом.

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ФЕНОТИП

У ДЕТЕЙ С ЛЕГКОЙ ПЕРСИСТИРУЮЩЕЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

О.Г. Рыбакова, И.А. Федоров

Южно-Уральский государственный медицинский университет, г. Челябинск, Россия

Введение. В основе патогенеза бронхиальной астмы лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, оно персистирует и поэтому выявляется даже в межприступный период.

Цель исследования: изучить в динамике особенности воспалительного фенотипа и цитоиммунологических показателей индуцированной мокроты (ИнМ) детей дошкольного возраста с легкой персистирующей бронхиальной астмой (БА).

Материалы и методы. Исследование организовано как проспективное когортное. В течение 3-х лет наблюдались 43 ребенка с легкой персистирующей БА в возрасте от 1,5 лет до 6 лет (группа БА). Группу сравнения составили 18 детей того же возраста без аллергических заболеваний. В начале и в конце исследования было проведено определение уровней эозинофилов общего анализа крови, общего иммуноглобулина Е крови, клеточного состава назального секрета (НС) и ИнМ, иммунологических факторов ИнМ.

Результаты. У большинства детей с БА на всем протяжении исследования отмечались высокие уровни эозинофилов НС ($\geq 5\%$) и эозинофилов ИнМ ($\geq 2,5\%$). У 60% детей с БА в начале и в конце исследования преобладал эозинофильный воспалительный фенотип ИнМ, распространенность смешанного воспалительного фенотипа ИнМ к концу исследования также статистически значимо не изменялась ($p > 0,05$). В ИнМ как в начале, так и в конце исследования обнаружены стабильно высокие уровни цитокинов IgG4, IL-4, IL-8, IL-13, TNF- α , NOx относительно группы сравнения. Значения IL-8, IL-1 β и NOxИнМ у детей с БА статистически значимо снизились к концу исследования, что отчасти может быть объяснено модулирующим влиянием контролирующей терапии на хроническое аллергическое воспаление, в частности на секрецию клетками этих цитокинов.

КАТАМНЕСТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЭФФЕКТИВНОСТИ ИММУНОКОРРЕГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ В ГРУППЕ ЧАСТО И ДЛИТЕЛЬНО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

З.В. Рябинина

ООО «Клиника семейной медицины», г. Владимир, Россия

Под наблюдением находились 35 часто и длительно болеющих детей (более 5 эпизодов ОРЗ/год, в среднем 8 эпизодов в год, длительность не менее 10 дней) в возрасте 4–5 лет, которым в рамках реабилитации, проводилась иммунокорректирующая терапия препаратами азоксимера бромида (А) и глюкозаминилмурамилдипептида (В) в разрешенных дозировках, по инструкции производителя. При катамнестическом анализе было выделено две группы, критерием разделения было наличие аллергических заболеваний (группа 1, N=17) и группа без алергофона (группа 2, N=18). Всем детям было проведено обследование, включающее в себя, в том числе: посев из зева, осмотр ЛОР врача, осмотр физиотерапевта, определение общего и специфических IgE, показатели НСТ-теста.

В посевах из зева выявлен рост патогенной микрофлоры. В группе 1 выявлена моновалентная IgE сенсibilизация (N=3) и поливалентная IgE сенсibilизация (N=14). Показатели НСТ – теста были снижены у всех обследованных детей.

Программа реабилитации включала в себя санацию зева, физиотерапевтическое лечение. При анализе эффективности проводимой терапии, была отмечена более высокая эффективность назначения азоксимера бромида в группе 1А (N=12). Так, после проведения лечения в два раза снизилась частота (не более 4 эпизодов в год) и длительность течения (от 2 до 5 дней) респираторных инфекций, нормализовались показатели НСТ-теста.

Глюкозаминилмурамилдипептид в группе 1В (N=5) оказал менее выраженное влияние на частоту (после лечения до 6 эпизодов в год) и длительность заболеваний (до 7 дней). В тоже время, в группе 2, более эффективным оказался глюкозаминилмурамилдипептид.

Таким образом, в настоящем наблюдении, у детей с наличием сопутствующей аллергии более эффективным оказался препарат азоксимера бромид.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ВОЕННОГО СТРЕССА

Т.А. Сиротченко¹, А.В. Миргородская¹, А.В. Сопко²

¹ ЛГМУ им. Святителя Луки, г. Луганск, Луганская Народная Республика

² Республиканская детская клиническая больница, г. Луганск, Луганская Народная Республика

Бронхиальная астма (БА) относится к хроническим мультифакторным заболеваниям с высокой распространенностью, особенно в детской популяции. Одним из значимых факторов риска БА являются стрессовые состояния, которые безусловно формируют военные конфликты, особенно когда военные действия носят затяжной характер. Одиночные исследования в данной области, в

основном, касались состояния здоровья непосредственных участников боевых действий (Афганистан) или конфликт носил острый кратковременный характер (Беслан, Буденновск). Целью этих исследований было определение тяжести посттравматического стресса, преимущественно у военнослужащих или представителей силовых структур. Работ, посвященных течению БА у детей в условиях военного конфликта, практически нет.

Целью нашей работы было изучение особенностей течения БА у детей, постоянно проживающих в зоне военного конфликта, в сравнении с аналогичными довоенными показателями. Полученные нами данные дали возможность сделать вывод о значительном росте первичной заболеваемости БА в возрастной группе 6–8 лет (на 34,5%) и 12–15 лет (на 23,1%). У 84,8% детей в возрасте 6–8 лет первый эпизод БА был зарегистрирован в период разгара боевых действий, на фоне неспецифического невротического симптомокомплекса: ночные страхи, соматовегетативные синдромы, гиперактивность. У 85,9% подростков 12–15 лет с впервые выявленной БА наблюдались невротоподобные нарушения в виде диссомний, у 12,1% — энуреза, 2,3% — заикания.

ОСОБЕННОСТИ ИММУННОГО ОТВЕТА БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ (АР), ОБУСЛАВЛИВАЮЩИЕ ЧАСТОЕ РАЗВИТИЕ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ (ОРЗ)

И.В. Тарасова

Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва, Россия

АР — заболевание, характеризующееся наличием иммунологически обусловленного (чаще всего IgE-зависимого) воспаления слизистой оболочки носа, вызванного причинно-значимым аллергеном/аллергенами. Одним из распространенных триггеров АР служат ОРЗ, возбудителями которых являются вирусы (*Rhinovirus*, *Adenovirus*, *Respiratory syncytial virus*), бактерии (*Staphylococcus*, *Streptococcus*, *Moraxella catarrhalis*), а также *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydia pneumoniae*. Частое развитие ОРЗ у больных АР обусловлено особенностями иммунного ответа, к которым относят: генетически детерминированное превалирование Th2, обеспечивающее преимущественную дифференцировку В-лимфоцитов в IgE-продуцирующие клетки; снижение интенсивности образования IFN- γ и его физиологического ингибирующего действия на синтез IgE, приводящего к гиперпродукции последнего; дефект местной защиты в виде снижения продукции sIgA. Усилению воспаления при этом способствует присутствующий в организме больного АР постоянный уровень минимального аллергического воспаления. Следовательно, лечение ОРЗ у таких пациентов должно быть комплексным и включать в себя элиминационные мероприятия, гипоаллергенную диету, назначение противовирусных препаратов, а также проведение базисной терапии АР (антигистаминные препараты, назальные кортикостероиды и т.д.) с учетом клинических особенностей его течения и спектра сенсibilизации.

ВИРУСИНДУЦИРОВАННАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ, ПРОЖИВАЮЩИХ НА ЮГЕ РОССИИ

В.Н. Фирсова^{1,2}, В.А. Шашель¹, М.М. Трубилина²

¹ *ФГБОУ ВО КубГМУ МЗ РФ, г. Краснодар, Россия*

² *ГБУЗ ДККБ МЗ КК, г. Краснодар, Россия*

Актуальность. Бронхиальная астма на сегодняшний день является глобальной медико-социальной проблемой, что связано с ростом заболеваемости, утяжелением клинического течения. Проблема бронхиальной астмы актуальна у подрастающего поколения, так как подростковый и детский возраст являются стадиями жизни, которые имеют высокий потенциал для репродуктивного, физического и интеллектуального развития. За последние 20 лет, наблюдается повышение уровня распространенности и заболеваемости бронхиальной астмы отмечается как среди взрослых, так и у подростков и детей. Одной из основных причин отсутствия контроля над симптомами бронхиальной астмы у детей, несмотря на проводимую терапию, является рецидивирующая респираторная

инфекция. По данным исследований 75–80% обострений бронхиальной астмы индуцировано острыми вирусными инфекциями, а в зимний период до 70% пациентов с бронхиальной астмой страдают обострениями после перенесенной инфекции. Обострения бронхиальной астмы также могут вызвать вирусы парагриппа, гриппа и респираторно-синцитиальные вирусы, метапневмовирусы, коронавирусы человека, бокавирусы и аденовирусы.

Цель исследования. Проанализировать статистические материалы по заболеваемости детей юга России (Южный и Северо-Кавказский федеральные округа).

Результаты. Эпидемиологические исследования, которые были выполнены в России, говорят о том, что распространенность бронхиальной астмы среди детей составляет от 5,6 до 12,1%. Заболеваемость бронхиальной астмой среди детей, как в Южном, так и в Северо-Кавказском федеральных округах ниже, чем в целом по Российской Федерации. При этом заболеваемость в Южном федеральном округе значительно превышает заболеваемость в Северо-Кавказском федеральном округе. В Южном федеральном округе наиболее высокая заболеваемость в 2017 году отмечалась в Ростовской области (119,4 на 100000 детского населения) и Астраханской области (93,8 на 100000 детского населения), наиболее низкая в Республике Крым (21,4 на 100000 детского населения). В Северо-Кавказском федеральном округе наиболее высокая заболеваемость в 2017 году отмечалась в Республике Ингушетия (55,3 на 100000 детского населения) и Карачаево-Черкесской Республике (38,2 на 100000 детского населения), наиболее низкая в Чеченской Республике (8,5 на 100000 детского населения).

Заключение. Одной из основных причин отсутствия контроля над симптомами заболевания у детей, несмотря на проводимую терапию, является вирусная инфекция. Распространенность бронхиальной астмы среди детей составляет от 5,6 до 12,1%, при этом 75–80% обострений индуцировано вирусными инфекциями. Заболеваемость бронхиальной астмой среди детей, как в Южном (79,9 на 100000 детского населения), так и в Северо-Кавказском федеральных округах (24,3 на 100000 детского населения) ниже, чем в целом по Российской Федерации.

ИММУНОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА, СОЧЕТАННОЙ С ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

Е.О. Халтурина, Е.И. Михеева, А.С. Попов

ФГАОУ ВО Первый московский медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Введение. Неуклонный рост инфицированности детей раннего возраста микоплазменной и/или хламидийной инфекцией респираторного тракта, сопровождающейся длительным кашлевым синдромом, приводит к персистенции этих патогенов в эпителиальных клетках и индуцирует иммунопатологические процессы, развитие ко-инфекций, является причиной формирования хронической бронхолегочной патологии.

Цели работы явилось выявление особенностей гуморального иммунного ответа детей раннего возраста на наличие персистирующей инфекции респираторного тракта, вызванной *Chlamidia pneumoniae* (*Cl. Pneumoniae*) и *Mycoplasma pneumoniae* (*M. Pneumoniae*).

Материалы и методы. Под наблюдением находился 1051 ребенок. На наличие антител к *M. pneumoniae* был обследован 751 человек, на наличие антител к *Ch. Pneumoniae* - 532 человека. Таким образом, 232 ребенка были обследованы на наличие антител к обоим патогенам. Для детекции инфекций использовались методы серодиагностики с помощью ИФА тест-систем НПО «Диагностические системы» (Россия). Статистический анализ произведен при помощи программного пакета Microsoft Excel 2010.

Результаты. Антитела к *Ch. pneumoniae* обоих классов IgM и IgG определяли у 532 детей. Антитела того или иного классов были обнаружены у 60 человек или у 11,3%. Антитела к *M. pneumoniae* определялись у 751 ребенка Антитела того или иного классов были выявлены у 383 человек или 41%.

Заключение. Таким образом, у детей с респираторной патологией в 41% выявляются антитела к *M. pneumoniae*, причем чаще Ig M, что свидетельствует о незрелости иммунного ответа и может быть расценено как поздний иммунологический старт. Антитела к *C. pneumoniae* определяются у 9,8%, и преимущественно это IgG.

Можно предположить, что персистенция обоих патогенов у детей обусловлено как морфофункциональными особенностями самих патогенов, так и возрастными иммунологическими особенностями, приводящими к формированию респираторной патологии.

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКОГО СИНДРОМА, АССОЦИИРОВАННОГО С АКТИВНЫМ АТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКИХ МОНО- И МИКСТ-ГЕРПЕСВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ДЕТЕЙ

Е.О. Халтурина, Е.И. Михеева, О.М. Киевец

ФГАОУ ВО Первый московский медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), г. Москва, Россия

Введение. Прогрессирующее увеличение числа аллергических заболеваний среди детей обуславливает необходимость поиска ранних маркеров этой патологии, а также выявление коморбидных состояний, ассоциированных с ними, в частности, активное течение хронических вирусных инфекций семейства *Herpesviridae*.

Цель: анализ частоты встречаемости и нозологической структуры аллергических заболеваний (АЗ) у детей, страдающих активной хронической атипичной инфекцией (АХАИ), вызываемой герпесвирусами.

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находилось 50 детей обоего пола в возрасте от 3 до 14 лет страдающих моно и микст- АХАИ, вызываемой герпес-вирусами.

В комплекс обследования использовались методы: ИФА, ПЦР (обнаружение генома вирусов), Immuno CAP, стандартные методы аллергологического обследования. Обработка результатов производилась с помощью программы Microsoft Excel 2010.

Результаты. Согласно результатам исследования, моно- и микст ГВИ страдают 49,0 и 51,0 % обследованных пациентов соответственно. Среди всех пациентов с АХАИ АЗ выявляются в 34,8 % случаев. Среди нозологических форм аллергопатологии преобладает поражение кожи (АД) – 28,3 %; крапивница 17,4 %; бронхообструктивный синдром – в 73,9 %; БА – 13,0 %; аллергический риноконъюнктивит – 2,2 %. Среди этих детей выявлена сенсibilизация к грибковым аллергенам – 30,4 %; бытовым – 41,3 %, бактериальным – 10,9 % и пыльцевым аллергенам – 36,9 %

Заключение. Согласно результатам проведенного исследования выявлено, что длительное течение АХАИ, вызываемой вирусами семейства *Herpesviridae*, ассоциировано с возникновением и/или активным течением аллергических заболеваний, появлением моно и/или поливалентной сенсibilизации к различным группам аллергенов, изменению иммунологической реактивности, что способствует развитию множественных коморбидных состояний и значимо влияет на длительность и эффективность проводимой терапии.

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ (ГРОДНЕНСКАЯ ОБЛАСТЬ, РБ)

Р.Н. Хоха, З.В. Сорокопыт

Гродненский государственный медицинский университет, г. Гродно, Беларусь

Бронхиальная астма (БА) – широко распространенное хроническое неинфекционное заболевание органов дыхания у детей.

Цель исследования – установить региональные особенности течения и факторы риска формирования БА у детей на современном этапе.

Материал и методы. Обследовано 289 детей с БА и 147 детей без хронических заболеваний органов дыхания сопоставимого возраста. Рассчитывали 95% ДИ и отношение шансов (OR) для каждого фактора.

Результаты. Установлено, что у детей преобладает легкое течение БА (90,65%, ДИ: 86,71–93,54%), по триггерам аллерген-индуцируемый фенотип (60,5%, ДИ: 54,81–66,0%), по возрасту фенотип детей в возрасте 3–5 лет (45,33%, ДИ: 39,69–51,26%). Эозинофильный тип воспаления по паттерну крови установлен у 47,86%, ДИ: 41,83–53,95%, по паттерну риноцитогаммы у 58,67%, ДИ: 52,73–64,37%, IgE опосредованная форма у 63,68% (ДИ: 57,18–69,71%) детей. Нарушения функции внешнего дыхания по обструктивному типу выявлены у 11,17%, ДИ: 7,28–16,7% детей. Наиболее значимыми факторами риска БА являются: отягощенный генеалогический анамнез по БА (OR–7,44, ДИ: 2,92–18,97) и аллергическим заболеваниям (OR–5,96, ДИ: 3,78–9,4), образование родителей на момент рождения ребенка (мать среднее OR–3,36, ДИ: 1,55–7,28, отец высшее OR–1,82, ДИ: 1,42–2,97), искусственное вскармливание на первом году жизни (OR–6,27, ДИ: 2,8–14,04), частые ОРВИ в возрасте до 2 лет (OR–2,22, ДИ: 1,31–3,77), дисплазия соединительной ткани (OR–9,17, ДИ: 4,55–18,49), атопический дерматит (OR–2,52, ДИ: 1,4–4,53), аллергические реакции на лекарственные препараты (OR–8,39, ДИ: 2,56–27,53).

Полученные результаты необходимо учитывать с целью профилактики и ранней диагностики БА у детей на региональном уровне.

ДИСПЛАЗИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ И СОМАТИЧЕСКАЯ ПАТОЛОГИЯ У ДЕТЕЙ

А.А. Шурховецкая, Д.С. Назарова, Г.Е. Шерстнев

ФГБОУ ВО ЮУГМУ, г. Челябинск, Россия

Актуальность. Врожденные и наследственные аномалии соединительной ткани могут служить основой развития многих патологических состояний у детей, оказывать негативное влияние на течение соматической патологии.

Цель исследования: определить наличие признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани (НДСТ), а также степень ее выраженности по фенотипическим признакам среди детей с хронической патологией желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и мочевыделительной системы.

Материалы и методы. В ходе работы нами было отобрано 60 детей сплошным методом с хронической воспалительной патологией верхних отделов ЖКТ и патологией мочевой системы. Для диагностики НДСТ использовались метод балльной оценки значимости фенотипических признаков Л.Н. Фоминой; и критерии С. Carter и J. Wilkinson в модификации Р. Beighton. Оценка достоверности проводилась с использованием χ^2 .

Результаты и их обсуждение. При оценке распространенности НДСТ выявлено: I степень – у 25%, II степень у 58%, III степень у 17%. У детей с выраженной НДСТ кожи часто встречались такие признаки как пигментные пятна, слабость мышц живота, высокое небо, патология зрения (8 случаев из 11). При оценке распространенности гипермобильности суставов по Р. Beighton выявлено: норма – 40% детей, легкая степень – у 47%. Выраженная – у 13%.

Выводы. 1. При хронической патологии ЖКТ и мочевой системы более чем у 50% детей выявляются признаки НДСТ. 2. Наличие признаков НДСТ у детей с хронической патологией ЖКТ и мочевой системы возможно могут оказывать влияние на ее формирование. 3. Для определения степени выраженности НДСТ недостаточно проведения оценки по критериям Р. Beighton. Необходима комплексная оценка фенотипических, а для более глубокого исследования и анамнестических, клинико-инструментальных, лабораторных данных.