

ФЖЕЛ	82,2±13,9	90,4±17,2	<b>0,033</b>
Скоростные показатели			
ОФВ <sub>1</sub>	89,9±17,8	92,9±17,9	0,274
ПОС	76,4±23,4	89,5±27,1	<b>0,037</b>
МОС <sub>25</sub>	74,8±24,8	78,6±23,8	0,287
МОС <sub>50</sub>	83,1±28,1	85,3±27,0	0,486
МОС <sub>75</sub>	93,9±30,4	91,2±29,6	0,434

### **Выводы**

Таким образом, бронхиальная астма в сочетании с избыточной массой тела имеет особенности течения в виде частых обострений с преобладанием среднетяжелой и тяжелой степеней тяжести.

Проходимость средних и мелких бронхов, объемного ФЖЕЛ и скоростного ПОС, ОФВ<sub>1</sub>, МОС<sub>25</sub>, МОС<sub>50</sub> показателей также достоверно ниже при бронхиальной астме у детей с дисгармоничным или резко дисгармоничным (за счет избыточной массы тела) морфофункциональным статусом.

### **Список литературы:**

1. Бойков В. А. Клинико-функциональные особенности и характеристика контроля бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких при избыточной массе тела / В. А. Бойков, О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов // Бюллетень сибирской медицины. – 2015. - №4.- С. 7-8
2. Бойков В. А. Состояние функции внешнего дыхания у пациентов с ожирением / В. А. Бойков, О. С. Кобякова, И. А. Деев, Е. С. Куликов // Бюллетень сибирской медицины. – 2013. - №1. – С. 86-88
3. Бычкова С. В. Качество жизни детей с бронхиальной астмой / С. В. Бычкова // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – С. 3-4
4. Минеев В. Н. Бронхиальная астма и ожирение: общие механизмы / В. Н. Минеев, Т. М. Лалаева, В. И. Трофимов // Клиническая медицина. – 2012. - №4. – С. 4-6
5. Мокина Н. А. Клинико – функциональные и лабораторные аспекты состояния подростков с бронхиальной астмой и избыточной массой тела / Н. А. Мокина, Е. В. Вершинина, Н. В. Бондарева // Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т.12. - №4. – С. 454
6. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». - М.: Оригинал – макет, 2017. – С. 31-33, 62-63

УДК 616.15-07

## **Абдуллаев А.Н., Литвинова Д.В., Чередниченко А.М., Иванова А.Н. КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ГЕМОРРАГИЧЕСКОГО ВАСКУЛИТА У ДЕТЕЙ**

Кафедра поликлинической педиатрии и педиатрии ФПК и ПП  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Abdullaev A.N., Litvinova D.V., Cherednichenko A.M., Ivanova A.N.  
CLINICAL AND DIAGNOSTIC CRITERIA FOR HEMORRHAGIC  
VASCULITIS IN CHILDREN**

Department of outpatient pediatrics and pediatrics FPK and PP  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: litvinova-dasha174@mail.ru

**Аннотация.** В статье приведены данные ретроспективного анализа 55 историй болезни детей с геморрагическим васкулитом. Отмечали возраст больных, начало заболевания, сроки госпитализации, анамнез болезни и жизни, основные клинические симптомы геморрагического васкулита. Установили отсутствие возрастных ограничений в возникновении болезни и преобладание больных в осенне-зимне-весеннее время года на фоне подъема вирусных респираторных заболеваний. Выявлены основные клинические признаки геморрагического васкулита. Ими оказались острое начало заболевания, преобладание больных с кожным синдромом (56,4%) и кожно-суставным синдромом (38,2%). В редких наблюдениях (5,4%) имел место абдоминальный синдром. Провели лабораторное обследование больных и отметили умеренно выраженную гиперкоагуляцию, характерную для ювенильных системных васкулитов. Отметили благоприятный исход болезни при правильно ограничивающем режиме дня и рациональной терапии.

**Annotation.** The article presents data from a retrospective analysis of 55 case histories of children with hemorrhagic vasculitis. They noted the age of the patients, the onset of the disease, the duration of hospitalization, an anamnesis of the disease and life, the main clinical symptoms of hemorrhagic vasculitis. We established the absence of age-related restrictions in the occurrence of the disease and the predominance of patients in the autumn-winter-spring season against the backdrop of a rise in viral respiratory diseases. The main clinical signs of hemorrhagic vasculitis were revealed. They were the acute onset of the disease, the predominance of patients with skin syndrome (56.4%) and cutaneous-articular syndrome (38.2%). In rare cases (5.4%), abdominal syndrome occurred. We performed a laboratory examination of patients and noted mild hypercoagulation characteristic of juvenile systemic vasculitis. A favorable outcome of the disease was noted with a correctly restricting daily regimen and rational therapy.

**Ключевые слова:** геморрагический васкулит, сыпь, болезнь Шенлейна-Геноха.

**Key words:** hemorrhagic vasculitis, rash, Shenlein-Henoch disease.

**Введение**

Геморрагический васкулит (капилляротоксикоз, болезнь Шенлейна-Геноха) – относится к классическим иммунокомплексным заболеваниям. В основе болезни лежит генерализованное иммунокомплексное повреждение микроциркуляторного русла с отложением грануляных IgA-депозитов с последующей активацией системы комплемента, гемостаза. Развивается синдром гиперкоагуляции с депрессией фибринолитической системы. В сосудистой стенке возникает асептическое воспаление, деструкция, тромбирование микрососудов, разрыв капилляров, что сопровождается геморрагическим синдромом.

Причины возникновения болезни остаются невыясненными. Частота заболевания составляет 23-25 на 10 тысяч населения. Болеют дети преимущественно 7-12 лет, чаще мальчики. Рабочая классификация геморрагического васкулита включает следующие параметры:

- Фазы болезни (активная, стихания);
- Клинические формы (простая, смешанная, смешанная с поражением почек);
- Клинические синдромы (кожный, суставной, абдоминальный, почечный);
- Степень тяжести (легкая, среднетяжелая, тяжелая);
- Характер течения (острое, хроническое, рецидивирующее).

**Цель исследования** – работа посвящена изучению клиники и диагностики геморрагического васкулита у детей для повышения уровня знаний у врачей-педиатров по раннему выявлению и особенностям клинического течения этой формы ювенильного системного васкулита.

#### **Материалы и методы исследования**

Был проведен ретроспективный анализ 55 историй болезни детей, госпитализированных в отделение старшего возраста МАУ ДГКБ №11 г. Екатеринбурга в 2019-2020г с диагнозом геморрагический васкулит. Группа представлена детьми в возрасте от 3 до 17 лет, в среднем 8,64. У больных оценивали жалобы, анамнез болезни и жизни, клинические симптомы, результаты инструментального (по показаниям) и лабораторного обследования. Описываемую в историях болезни клиническую картину сопоставляли с литературными публикациями, касающимися рабочей классификации геморрагического васкулита, в которой предусматривается выделение кожного синдрома (пурпуры), суставного, абдоминального и почечного синдромов.

Оценку результатов проводили подсчетом исследуемых показателей в программе Excel.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Согласно анализируемым историям болезни, среди больных геморрагическим васкулитом преобладали мальчики (54,5%), девочек было несколько меньше (45,5%). Все дети заболели остро. Первыми клиническими симптомами были повышение температуры до фебрильных и субфебрильных цифр (53,2%), насморк и редкий кашель (41,4%). Только у 3 больных (5,4%)

начало заболевания манифестировало жалобами на боли в животе, потребовавшими консультации хирурга и исключения острого хирургического заболевания.

Поскольку основное большинство больных (70,9%) были госпитализированы в осеннее-зимне-весеннее время, то первоначально поставленный диагноз участковым врачом оказался респираторно-вирусная инфекция с последующим назначением симптоматической терапии (изоляция, обильное питье, жаропонижающие средства при температуре тела 38 и выше, арбидол, анаферон детский).

Причиной госпитализации больных в стационар явилось появление геморрагической сыпи (у всех больных). Нередко (45,5% детей) единичные элементы сыпи были отмечены уже в первый день болезни на фоне фебрильной или субфебрильной температуры и катаральных явлений, но должной оценки не получили. И только ухудшение общего состояния, стойкая фебрильная или субфебрильная температура, нарастание сыпи потребовало повторного обращения к участковому врачу или вызова врача скорой помощи.

Были госпитализированы в стационар в первый день болезни в редких наблюдениях (18,2%), большинство детей поступили на стационарное лечение на 3-4 день болезни (81,8%).

В анамнезе жизни у госпитализированных больных были отмечены кожные проявления аллергии, повторные респираторные вирусные инфекции. Родословный анамнез по наличию ревматических заболеваний у родителей и ближайших родственников был благополучный.

На момент осмотра больных в стационаре у всех больных обращала на себя внимание обильная сыпь, в ряде наблюдений сливная, мелкопятнистая или пятнисто-папулезная, геморрагическая, симметричная. Сыпь локализовалась преимущественно на коже нижних конечностей, на ягодицах, вокруг крупных суставов, редко на коже верхних конечностей и туловище. Сыпь сочеталась с ангионевротическими отеками (3,5%). Геморрагические элементы выступали волнообразно, в динамике наблюдения оставляли после себя пигментацию и на момент выписки из стационара (12-15 день болезни) проходили бесследно. Наряду с кожным синдромом более, чем у трети больных (38,2%) в патологический процесс были вовлечены суставы (кожно-суставной синдром). Поражались преимущественно крупные суставы – коленные, голеностопные, в единичных наблюдениях лучезапястный и локтевой. Отмечали болезненность и отек суставов, затруднение при ходьбе. Болезненность и отек суставов сохранялись от нескольких часов до 2-3 дней. Боли в животе, отмеченные в редких наблюдениях (у 3 больных) после консультации хирурга и исключения острой абдоминальной патологии были отнесены к течению основного заболевания.

Лабораторные исследования, проведенные всем больным в первые дни пребывания в стационаре, не выявили в большинстве наблюдений показателей, описанных в литературных публикациях, касающихся геморрагического

васкулита [1,2]. Так, лейкоцитоз имел место только у одной трети больных (29,6%), почти с такой же частотой (30,9%) отмечали лимфоцитоз. Эозинофилию не выявляли, тромбоцитоз имел место только в единичных наблюдениях (12,7%). У большинства больных изучаемые показатели были в пределах нормальных значений. Обратили на себя внимание показатели СРБ (С-реактивный белок), указывающие на тяжесть воспалительного процесса. Повышение уровня СРБ отмечено лишь в одной трети наблюдений (34,9%). При анализе коагулограммы обратила на себя внимание умеренно выраженная гиперкоагуляция, что характерно для геморрагического васкулита. В анализах мочи изменений не обнаружено. Всем больным проводили УЗИ органов пищеварения, в случаях каких-либо изменений со стороны сердца назначали ЭКГ.

На основании проведенного ретроспективного анализа историй болезни детей, госпитализированных с диагнозом геморрагический васкулит заключили о наличии у большинства больных (56,4%) кожного синдрома (пурпуры), кожно-суставного синдрома (38,2%) и в единичных наблюдениях (5,4%) абдоминального синдрома.

Все больные были выписаны из стационара с выздоровлением, лишь в отдельных наблюдениях на местах геморрагической сыпи сохранилась умеренно выраженная пигментация. Как правило, сыпь проходила бесследно. Родители были предупреждены о возможном рецидивирующем течении заболевания и о необходимости немедленного обращения к врачу-педиатру в случае появления даже единичных элементов геморрагической сыпи.

#### **Выводы:**

1. Главной проблемой в постановке диагноза геморрагический васкулит является стертость клинической картины на начальных этапах заболевания.

2. Первыми, кто сталкивается с такими больными, являются участковые врачи-педиатры. Поэтому во избежание поздней госпитализации (3-4 день заболевания) необходим тщательный осмотр кожи и суставов у больных детей, поскольку основными синдромами геморрагического васкулита являются кожный и кожно-суставной. Нельзя ограничиваться только осмотром зева и выслушиванием легких.

3. Госпитализация больных геморрагическим васкулитом является обязательной и при правильно организованном режиме дня и терапии прогноз благоприятный.

#### **Список литературы:**

1. Баранов А.А. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с болезнью Шенлейна-Геноха / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, Е.И. Алексеева, Г.А. Лыскина, Т.М. Бзарова // Москва. – 2015. – 15с.

2. Детская ревматология. Атлас / под ред. А.А. Баранова, Е.И. Алексеевой – М.: ПедиатрЪ. – 2014. – 348 с.

3. Детская ревматология. Пособие для врачей / под редакцией А.А. Баранова – М.: Медицина. – 2002. – 336 с.

4. Одинец Ю.В. Ультразвуковые и биохимические показатели дисфункции эндотелия при геморрагическом васкулите у детей / Ю.В. Одинец, М.В. Яворович // ЗР. - 2016. - №2. - С. 16-21

5. Сергеева Ю.В. Системный анализ клинических проявлений геморрагического васкулита: автореферат дис. доктора мед. наук : Тула. – 2003. – 133 с.

6. Синяченко О.В. Поражение суставов при пурпуре Шенлейна-Геноха / О.В. Синяченко, В.В. Герасименко, Е.Д. Егудина, О.Е. Чернышова, Д.В. Помазан // БСП. - 2016. - №4. - С. 31-36

УДК 616-053.2

**Абдуллаев А.Н, Изможерова Н.В.<sup>2</sup>, Зеленцова В.Л.<sup>1</sup>  
ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С  
ПРЕОБЛАДАНИЕМ РЕСПИРАТОРНЫХ СИМПТОМОВ: ТОПОГРАФО-  
КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТАКТИКА ЭТИОТРОПНОЙ  
ТЕРАПИИ**

<sup>1</sup>Кафедра детских болезней лечебно-профилактического факультета

<sup>2</sup>Кафедра фармакологии и клинической фармакологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Abdullaev A.N., Izmozherova N.V.<sup>2</sup>, Zelentsova V.L.<sup>1</sup>  
COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN YOUNG CHILDREN WITH A  
PREDOMINANCE OF RESPIRATORY SYMPTOMS: TOPOGRAPHIC AND  
CLINICAL FEATURES AND TACTICS OF ETIOTROPIC THERAPY**

<sup>1</sup>Department of children diseases of the faculty of general medicine

<sup>2</sup>Department of pharmacology and clinical pharmacology  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russian Federation

e-mail: alexandrabdul@yandex.ru

**Аннотация.** В статье рассматриваются особенности локализации патологического процесса, особенности клиники и оценка тактики лечения внебольничной пневмонии у детей раннего возраста. Была оценена тяжесть процесса, сочетание с бронхообструктивным синдромом, экспозиционные характеристики течения заболевания. Проведен анализ тактики антибиотикотерапии, с оценкой эффективности, учёта нежелательных лекарственных реакций, клинико-фармакологическая характеристика использованных препаратов. Результаты данного исследования отражают