



поражением легких полисегментарного характера при отсутствии выраженных изменений в гемограмме позволяют на этапе первичного обследования пациентов предположить потенциального возбудителя ВП с целью дальнейшей этиологической расшифровки для своевременного начала антибактериальной терапии.

## ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ КАК КОМОРБИДНОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

*Шенец С. Г., Кувшинников В. А., Вязова Л. И., Мороз Е. А.,  
Башлакова А. Н., Петрова Е. В.*

*Белорусский государственный медицинский университет, Минск,  
Республика Беларусь*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), железодефицитная анемия (ЖДА) встречается у каждого 3-го человека мира. Чаще всего анемия встречается у детей раннего возраста и у беременных женщин. Известно, что не только ЖДА, но и латентный дефицит железа (ЛДЖ) ухудшают течение и прогноз многих соматических заболеваний. Однако в педиатрической практике встречается очень мало работ, посвященных проблеме коморбидности.

Цель: изучить частоту встречаемости ЖДА и ЛДЖ у детей раннего возраста с острым средним отитом (ОСО).

Задачи:

- 1) выявить частоту встречаемости ЖДА и ЛДЖ у детей раннего возраста (от 0 до 3 лет) с ОСО;
- 2) изучить структуру сопутствующих заболеваний и патологических состояний у детей с ОСО;
- 3) оценить взаимосвязь между наличием коморбидных заболеваний и частотой рецидивирования ОСО у детей раннего возраста.

Материалы и методы. Был проведен анализ клинико-анамнестических и лабораторных данных у 218 детей в возрасте от 0 до 3 лет, находившихся на лечении по поводу ОСО в УЗ «3 ГДКБ» г. Минска за 2018–2019 гг. (115 детей), и за 2023–2024 гг. (103 ребенка).

Для статистической обработки данных была использована программа Statistica 10, метод хи-квадрат Пирсона и уточняющий критерий Йетса.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования за 2018–2019 гг. было выявлено железодефицитное состояние (ЖДС) у 104 детей раннего возраста, находившихся на лечении по поводу ОСО, что составило 90,4%. ЖДА сопутствовала отиту у 32 пациентов (27,8% случаев), а ЛДЖ – у 72 детей (в 62,6% случаев). Не было выявлено ЖДС у 11 пациентов (9,6% случаев). Полученные показатели частоты ЖДА и ЛДЖ оказались существенно выше, чем показатели популяционного исследования распространенности ЖДА и ЛДЖ, проведенного сотрудниками 2-й кафедры детских болезней БГМУ у здоровых детей этого же возраста, соответственно 11,4% и 42,6% ( $n = 589$ ,  $P < 0,05$ ).

В результате проведенного исследования за 2023–2024 гг. было выявлено железодефицитное состояние (ЖДС) у 89 детей раннего возраста, находившихся на лечении по поводу ОСО, что составило 86,4%. По частоте встречаемости отитов у детей раннего возраста, первичный ОСО был выявлен у 41% пациентов, а рецидивирующий отмечался у 59% детей.

В структуре сопутствующих заболеваний и патологических состояний, оказывающих влияние на снижение иммунобио-

логических возможностей детского организма, в ходе изучения клинико-анамнестических данных была выявлена также абсолютная встречаемость частых, обильных срыгиваний как проявлений гастроэзофагеального рефлюкса (ГЭР), пищевая аллергия и атопический дерматит встречались у 77,6% детей; заболевания нижних дыхательных путей (трахеит, бронхит, пневмония) были у 48,5% пациентов, синдром мальабсорбции наблюдался у 39,8% детей, для 57,3% были характерны нарушения питания, а именно дефицит массы тела или наоборот избыточные прибавки; склонность к метаболическим нарушениям (кетонурическому синдрому) выявлена у 64% пациентов; у 10,7% были признаки рахита, а у 9,7% врожденные пороки развития (ВПС, кисты почек, мегауретер). У каждого из наблюдаемых пациентов было установлено 3–4 признака перечисленной сопутствующей патологии. По полученным результатам статистической обработки данных (хи-квадрат) наиболее частым коморбидным фоном у пациентов с первичным отитом были: ЖДА и ЛДЖ ( $\chi^2 = 11,16$ ;  $p < 0,05$ ), а также аллергические состояния (аллергодерматозы) ( $\chi^2 = 6,42$ ;  $p < 0,05$ ), синдром мальабсорбции ( $\chi^2 = 11,15$ ;  $p < 0,05$ ). На всех 2 этапах исследования выявлено стопроцентное сочетание возникновения отита и его рецидивирование у детей раннего возраста с наличием ГЭР.

Выводы:

1. Установлено, что ЖДС (ЖДА и ЛДЖ), а также ГЭР являются важными факторами коморбидности, которые необходимо учитывать при ведении детей раннего возраста с ОСО.
2. У детей с коморбидным фоном выявлена более высокая частота рецидивирования ОСО по сравнению с детьми без сопутствующих заболеваний.
3. Профилактика, своевременная диагностика и коррекция ЖДС (ЖДА и ЛДЖ) у детей раннего возраста, а также осуществление современных адекватных подходов к ведению детей с ГЭР будут способствовать снижению заболеваемости ОСО, сокращению сроков выздоровления, а также предотвращению рецидивирования заболевания.

## МИКОПЛАЗМЕННАЯ ПНЕВМОНИЯ У ДЕТЕЙ

*Якимович Н. И., Грузд К. Ю., Красовская С. Н., Бовбель И. Э.*

*Белорусский государственный медицинский университет,  
Городская детская инфекционная клиническая больница, Минск,  
Республика Беларусь*

Актуальность. *Mycoplasma pneumoniae*, как и пневмококки, – ведущий возбудитель внебольничной пневмонии, особенно у детей в возрасте старше 5 лет. Повышение устойчивости микоплазм к макролидам достигает по ряду данных до 30% в Европе и США, около 20% в России.

Цель: проанализировать клиническую картину, спектр используемых антибиотиков при пневмонии, вызванной *M. pneumoniae*, у детей на амбулаторном и стационарном этапах. Материалы и методы. За 12 месяцев 2024 г. 2126 детей госпитализировано с лабораторно подтвержденным диагнозом пневмония, вызванная *M. pneumoniae* в УЗ ГДИКБ. В исследовании рандомно отобрано и ретроспективно проанализировано по 10 стационарных медицинских карт пациентов за каждый месяц. Из 120 отобранных пациентов – 43% девочки, 57% мальчики. Средний возраст пациентов составил 12 [7; 15] лет. Длительность от начала заболевания до госпитализации в среднем составила 7 дней. Основные жалобы при поступлении в стационар: повышение температуры у 115 пациентов, кашель у – 118 и насморк – 32. При аускультации у 38% вы-

слушивались влажные хрипы, у – 6% сухие, 8% – смешанная картина. На амбулаторном этапе 76 (63%) пациентов получили антибактериальную терапию, а 44 (37%) пациента только симптоматическое лечение. Продолжительность лечения в стационаре в среднем составила 10 дней. 74 (62%) пациентов получили в качестве терапии один антибиотик. В 17 (14%) случаях проводилась комбинированная антибактериальная терапия бета-лактамами и макролидами. Чаще использовалась комбинация амклава – 9 (7,5%) детей и кларитромицина 12 (10%) пациентов. Сочетание азитромицина и цефтриаксона или цефуроксима в лечении детей использовалось реже. У 5 (4%) детей после курса макролидов был назначен препарат off-label – левофлоксацин (N = 4), доксициклин (N = 1). В 16 (13%) случаях, учитывая клиническую картину, осложнения, рентгенологические данные, пациенты получали глюкокортикоиды (ГКС): преднизолон – 4 детей, метилпреднизолон – 12. Средняя продолжительность терапии ГКС составила 5 дней.

Выводы:

1. На амбулаторном этапе стартовая терапия микоплазменной инфекции в 43% случаев проводилась амоксициллином + клавулановой кислотой. В 22% случаев лечение микоплазменной пневмонии соответствовало клиническому протоколу.
2. У 14 и 5% госпитализированных потребовалась смена антибактериальной терапии – кларитромицина и азитромицина соответственно на другой макролид.
3. У 4% пациентов эффект терапии получен при назначении фторхинолонов.
4. Полученные результаты свидетельствуют о том, что необходимо проводить динамический мониторинг чувствительности для эффективного лечения микоплазменных инфекций.