

адреналина и других «гормонов стресса» (глюкокортикоидов) из коры надпочечников, поэтому снижение его уровня позволяет снять дневное возбуждение и мирно заснуть. В этот момент засыпания из гипофиза выделяются опиоидные гормоны, обладающие наркотическим действием — эндорфины и энкефалины. Именно поэтому процесс погружения в сон сопровождается приятными ощущениями.

Перед пробуждением здоровый организм должен быть готов к активному бодрствованию, в это время кора надпочечников начинает вырабатывать возбуждающие нервную систему гормоны — глюкокортикоиды. Наиболее активный из них — кортизол, который приводит к повышению давления, учащению сердечных сокращений, повышению тонуса сосудов и снижению свертываемости крови. Вот почему клиническая статистика свидетельствует о том, что острые сердечные приступы и внутримозговые геморрагические инсульты в основном приходятся на раннее утро [3].

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

Медицинские исследования показали, что у разных возрастных групп разная продолжительность сна (таблица 1).

Таблица 1 — Продолжительность сна в зависимости от возраста/положения

Возраст/Положение	Рекомендуемая продолжительность сна
Младенцы	16–18 часов
Дошкольники	11–12 часов
Школьники	Как минимум 10 часов
Подростки	9–10 часов
Взрослые	7–8 часов
Старики	Как у взрослых, но в связи с частыми пробуждениями в течение ночи необходимо спать в течение дня
Беременные	Как у взрослых + 1–2 дополнительных часа
Больные	Как у взрослых + дополнительные несколько часов до полного выздоровления

Оптимальное время отхода ко сну — не позднее 12 ч ночи.

Необходимо соблюдать ряд рекомендаций для улучшения качества сна:

1. Следует ложиться в одно и то же время.
2. Прием пищи должен быть за 4 ч до сна.
3. Комната должна быть проветрена, температура воздуха оптимальной.
4. Следует избегать физических и эмоциональных нагрузок.
5. Перед сном необходимо ограничить потребление напитков, содержащих кофеин.

#### **Выводы**

Правильный здоровый сон человека — невероятно важная составляющая здорового образа жизни. Во время сна происходит регенерация тканей, нормализация функций гормональной и иммунной систем.

УДК 616.233-002-053.36

### **ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ**

*Петрова М. Н., Сергейчик Л. С.*

**Научный руководитель: к.м.н., доцент А. И. Зарянкина**

**Учреждения образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Ведущее место среди заболеваний детей раннего возраста занимает патология респираторного тракта. У 25–31 % детей респираторные инфекции протекают с клиникой обструктивного бронхита. Частые заболевания респираторного тракта могут приводить к

формированию хронической бронхолегочной патологии. У части детей рецидивирующие обструкции являются дебютом бронхиальной астмы [1, 2].

Влияние факторов преморбидного фона на развитие бронхообструктивного синдрома признается большинством исследователей. Это отягощенный аллергологический анамнез, наследственная предрасположенность к атопии, гиперреактивность бронхов, перинатальная патология, рахит, гипотрофия, гиперплазия тимуса, раннее искусственное вскармливание, перенесенное респираторное заболевание в возрасте 6–12 мес. Среди факторов окружающей среды, которые могут приводить к развитию бронхообструктивного синдрома, особо важное значение придается неблагоприятной экологической обстановке и пассивному курению в семье. Особенно ранимыми считаются дети первого года жизни [2].

Актуальность проблемы обструктивных бронхитов в раннем детском возрасте обусловлена его распространенностью в общей структуре бронхолегочных заболеваний, возможностью тяжелого течения и возникновения осложнений [1].

### **Цель**

Изучить особенности клинического течения обструктивного бронхита у детей первого года жизни с нормальными показателями физического развития.

### **Материал и методы исследования**

Были проанализированы 28 медицинских карт стационарного пациента детей 1 года жизни с обструктивным бронхитом, которые находились на лечении в инфекционном отделении № 1 Гомельской областной детской клинической больницы с февраля 2015 по февраль 2016 гг.

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

Согласно медицинской документации группы детей по полу распределились следующим образом: 16 (57,14 %) мальчиков и 12 (42,86 %) девочек.

В возрастном аспекте, обструктивный бронхит чаще отмечался в группе детей второго полугодия жизни (20; 42,86 %), по сравнению с детьми в возрасте до 6 мес. (8; 28,57 %).

Средняя масса тела при рождении у анализируемой группы детей составила 3168,39 г, из них масса тела при рождении менее 3 кг была у 6 детей, что составило 21,43 % (из них 2 детей с массой менее 2,5 кг), более 4 кг — у 1 (3,57 %) ребенка. На момент поступления у всех детей определялись нормальные показатели физического развития.

На естественном вскармливании находилось только 5 (17,86 %) детей, 1 (3,57 %) ребенок — на смешанном и на искусственном — 22 (78,57 %) ребенка.

Известно, что отягощенный аллергологический анамнез является предрасполагающим фактором к развитию обструктивного синдрома на фоне респираторной патологии [2]. Отягощенный аллергологический анамнез выявлен у 11 детей, что составило 39,29 %. Причем на момент поступления кожные проявления атопии различной степени выраженности встречались у 8 (28,57 %) детей.

Согласно нашим данным, чаще обструктивным бронхитом болеют дети, которые родились в семье вторыми (15 детей, 53,57 %), тогда как частота развития обструктивного бронхита у первенцев составила 21,43 % (6 детей). Дети, рожденные третьими и последующими в семье, составили 25 % (7 детей).

Из анамнеза выявлено, что у 18 (64,29 %) детей отмечался контакт с больными острыми респираторными инфекциями на амбулаторном этапе.

Время поступления в стационар определялось преимущественно тяжестью состояния. Согласно нашим данным, дети с обструктивным бронхитом в среднем поступали для стационарного лечения на 6 сутки, из них большинство детей поступало с третьих по седьмые сутки, что в совокупности составило 75 % (21 ребенок). В период до трех суток от начала заболевания госпитализировано 6 (21,43 %) детей. Один ребенок (3,57 %) поступил в стационар спустя 2 недели амбулаторного лечения в связи с отсутствием положительной динамики.

Степень тяжести клинической картины обструктивного бронхита во многом зависит от возраста ребенка, его аллергологического анамнеза. Большинство детей (22 ребенка, 78,57 %) поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести, в тяжелом состоянии посту-

пило 6 (21,43 %) детей. Ведущим клиническим синдромом у всех детей являлся бронхообструктивный, который протекал без дыхательной недостаточности у 10 (35,71 %) детей, дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 17 (60,71 %) детей, дыхательная недостаточность 2 степени — у 1 (7,14 %) ребенка. Интоксикационный синдром отмечался у 11 (39,29 %) детей, гипертермический — у 1 (3,57 %) ребенка.

У 4 (14,29 %) детей обструктивный бронхит протекал без повышения температуры тела, у 14 (50 %) детей отмечалась субфебрильная температура, фебрильная температура — у 10 (35,71 %). Длительность периода повышения температуры тела варьировала от 1 до 6 суток, и в среднем составила 4,69 суток.

Обструктивный бронхит характеризуется разнообразной аускультативной картиной. Сухие свистящие хрипы выслушивались у 27 (96,43 %) детей. В 25 % (7 детей) сухие хрипы сочетались с разнокалиберными влажными, реже с мелкопузырчатыми влажными хрипами — 7,14 % (2 ребенка). В 100 % обструктивный синдром сопровождался экспираторной одышкой, в 35,71 % (у 10 детей) — без участия вспомогательной мускулатуры.

В общем анализе крови при первичном обследовании (в день поступления) лейкоцитоз отмечался у 17 (60,71 %) детей, лимфоцитоз — у 5 (17,86 %) детей, сдвиг лейкоцитарной формулы влево — у 6 (21,43 %), синдромом ускоренного СОЭ — у 4 детей. У одного ребенка наблюдалось снижение уровня гемоглобина.

У 3 (10,71 %) детей обструктивный бронхит осложнился бактериальным процессом: у 1 (3,57 %) ребенка — пневмонией, у 2 (7,14 %) детей — острым средним отитом.

Продолжительность пребывания детей в стационаре варьировала от 4 до 19 койко-дней. Средняя длительность госпитализации детей с данной патологией составила 7,46 койко-дней.

#### **Выводы**

Обструктивным бронхитом чаще болеют мальчики, в возрасте старше 6 месяцев, находящиеся на искусственном вскармливании, имеющие старших братьев или сестер, после контакта с больными острой респираторной инфекцией.

Наиболее часто на стационарное лечение поступают дети в состоянии средней степени тяжести на 6 сутки заболевания.

Обструктивный бронхит у детей первого года жизни чаще протекает с субфебрильной температурой тела, дыхательной недостаточностью 1 степени, сухими «свистящими» хрипами при аускультации.

Средняя продолжительность стационарного лечения детей первого года жизни с обструктивным бронхитом составляет 7,46 койко-дней и определяется тяжестью состояния детей.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Таточенко, В. К. Практическая пульмонология детского возраста / В. К. Таточенко. — М., 2006. — 250 с.
2. Зайцева, О. В. Бронхообструктивный синдром у детей / О. В. Зайцева // Педиатрия. — 2005. — № 4. — С. 94–104.

**УДК 616.21**

### **ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИМ ТОНЗИЛЛИТОМ В ГОМЕЛЬСКОМ РЕГИОНЕ: АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ПРОБЛЕМЫ**

**Петушенко С. И.**

**Научный руководитель: преподаватель С. Е. Курзанова**

**Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский колледж»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

Тонзиллярная проблема, несмотря на свою давность, по-прежнему остается весьма актуальной, что объясняется часто встречающейся патологией, связанной с другими органами и системами организма.