

Время поступления в стационар, выраженность и длительность температурной реакции, воспалительные изменения в общем анализе крови у детей с острыми респираторными инфекциями определяли проведение антибактериальной терапии, которая по данным нашего исследования проводилась 47 (78,33 %) детям. Защищенные пенициллины (аугментин, ампи-сульбин) получали 35 (74,46 %) детей, цефалоспорины II поколения — 12 (20 %).

С выздоровлением выписаны 47 (78,33 %) детей, 13 (21,67 %) — с улучшением для дальнейшего лечения в амбулаторных условиях.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила 10,82 койко-дня.

Выводы

1. Дети раннего возраста с острыми респираторными инфекциями поступают в стационар преимущественно в первые трое суток от начала заболевания с клиникой поражения различных отделов респираторного тракта, в состоянии средней тяжести, обусловленной симптомами интоксикации и бронхообструкции.

2. Основными жалобами при поступлении в стационар являются повышение температуры тела до фебрильных цифр, кашель, затруднение дыхания.

3. Картина крови характеризуется анемией легкой степени, нейтрофильным лейкоцитозом со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличением СОЭ.

4. В качестве этиотропной терапии чаще используются препараты интерферонов.

5. Время поступления в стационар, выраженность и длительность температурной реакции, воспалительные изменения в общем анализе крови у детей с острыми респираторными инфекциями определяют назначение антибактериальной терапии. Основными стартовыми антибактериальными препаратами у детей с острыми респираторными инфекциями являются защищенные пенициллины.

ЛИТЕРАТУРА

1. Германенко, И. Г. Диагностика и лечение острых респираторных инфекций у детей: учеб.-метод. пособие / И. Г. Германенко. — Минск: Асобны, 2007. — 40 с.
2. Зайцев, А. А. Лечение острых респираторных вирусных инфекций / А. А. Зайцев // Лечащий врач. — 2008. — № 8. — С. 42–45.
3. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика / Научно-практическая программа Союза педиатров России. — М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002. — 69 с.

УДК 616.233-002-053.2

ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ С ГИПОТРОФИЕЙ

Сергейчик, Л. С. Зарянкина А. И., Петрова М. Н.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на современные достижения медицины, в XXI в. распространенность респираторных инфекций не только не снижается, а все больше возрастает. Длительное время первое место в структуре инфекционной заболеваемости у детей занимают острые респираторные заболевания [1, 2].

Распространенность острых респираторных заболеваний в детском возрасте обусловлена как высокой контагиозностью инфекционного фактора, так и анатомо-физиологическими особенностями детского организма.

Частота развития бронхиальной обструкции на фоне острых респираторных заболеваний у детей первых лет жизни составляет, по данным разных авторов, от 5 до 50 %. Наиболее часто обструктивные бронхиты отмечаются у детей с отягощенным семейным анамнезом по аллергии, хроническими расстройствами питания.

Хронические расстройства питания у детей (дистрофии) — результат недостаточного либо избыточного поступления, либо усвоения питательных веществ. Эти заболевания ха-

рактены для детей раннего возраста и сопровождаются нарушением физического развития ребенка, метаболизма, иммунитета, состояния внутренних органов и систем.

Гипотрофия является одной из форм хронического расстройства питания у детей.

Гипотрофия у детей — дефицит массы тела, обусловленный нарушением усвоения или недостаточным поступлением питательных веществ в организм ребенка. Гипотрофия является наиболее распространенным и значимым вариантом дистрофии, которому особенно подвержены дети первых 3-х лет жизни. Распространенность гипотрофии у детей в различных странах мира, в зависимости от уровня их социально-экономического развития, колеблется от 2–7 до 30 %.

Гипотрофия у детей сопровождается серьезными нарушениями обменных процессов, снижением иммунитета, отставанием психомоторного и речевого развития [3, 4].

Дети с гипотрофией — группа риска развития воспалительных заболеваний, в первую очередь острых респираторных инфекций.

Цель

Изучить особенности клинического течения обструктивного бронхита у детей с различной степенью гипотрофии.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ).

Было проанализировано 19 медицинских карт стационарного пациента детей первого года жизни с обструктивным бронхитом, протекающим на фоне различной степени гипотрофии, которые находились на лечении в инфекционном отделении №1 ГОДКБ с февраля 2015 по февраль 2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

Согласно медицинской документации среди пациентов с данной патологией по половому признаку значительного отличия не отмечалось: мальчики — 9 (47,37%), девочки — 10 (52,63 %). Как у мальчиков, так и у девочек гипотрофия 1 степени диагностировалась наиболее часто — у 12 (63,16 %) детей, гипотрофия 2 степени диагностирована у 3 (15,79 %) детей, гипотрофия 3 степени — у 4 (21,05 %) детей.

Большинство детей имели массу тела при рождении более 2,5 кг. Средняя масса тела при рождении составила 2657,37 г, из них масса тела при рождении менее 2,5 кг была у 6 (31,58 %) детей.

Чаще госпитализировались в стационар дети второго полугодия жизни — 18 (94,74 %) детей, в возрасте до 6 месяцев — 1 (5,26 %) ребенок.

Анализируя характер вскармливания детей выявлено, что на искусственном вскармливании находилось 16 (84,21 %) детей, на естественном — 2 (10,53 %) детей, 1 (5,26 %) ребенок — на смешанном.

Известно, что отягощенный аллергологический анамнез является предрасполагающим фактором к развитию обструктивного синдрома на фоне респираторной патологии [1, 2]. Отягощенный аллергологический анамнез наблюдался у 7 (36,84 %) детей. Однако, на момент поступления кожные проявления атопии различной степени выраженности отмечались только у 2 (10,53 %) детей.

Согласно нашим данным, чаще обструктивным бронхитом на фоне гипотрофии болеют дети, которые родились в семье вторыми — 9 (47,37 %) детей. Частота развития обструктивного бронхита у первенцев составила 21,05 % (4 ребенка), 17,86 % (6 детей) составили дети, рожденные третьими и последующими в семье.

8 (42,11 %) детей имели на амбулаторном этапе контакт с больными острыми респираторными инфекциями.

Время поступления в стационар определялось тяжестью состояния, а также преморбидным фоном. Согласно нашим данным, дети поступали для стационарного лечения в среднем на 3,58 сутки, из них большинство детей поступало с третьих по седьмые сутки, что в совокупности составило 57,89 % (11 детей). В первые трое суток от начала заболевания госпитализировано 7 (36,84 %) детей. 1 (5,26 %) ребенок поступил в стационар спустя 2 недели амбулаторного лечения в связи с отсутствием положительной динамики.

Степень тяжести, выраженность клинических проявлений зависит от степени гипотрофии, аллергологического анамнеза, возраста ребенка [1, 2]. Большинство детей (15 (78,95 %)) поступали в стационар в состоянии средней степени тяжести, в тяжелом состоянии поступило 4 (21,05 %) детей. Ведущим клиническим синдромом у всех детей являлся бронхообструктивный, который протекал без дыхательной недостаточности у 10 (52,63 %) детей, дыхательная недостаточность 1 степени наблюдалась у 6 (31,56 %) детей, дыхательная недостаточность 2 степени — у 3 (15,81 %) детей. Интоксикационный синдром встречался у 12 (63,16 %) детей, гипертермический — у 1 (5,26 %) ребенка.

У 7 (36,84 %) детей обструктивный бронхит протекал без повышения температуры тела, субфебрильная температура отмечалась у 5 (26,32 %) детей, фебрильная — у 7 (36,84 %) детей. Средняя продолжительность лихорадочного периода составила 2,92 суток.

Обструктивный бронхит характеризуется разнообразной аускультативной картиной [1]. Сухие свистящие хрипы выслушивались у 18 (94,74 %) детей. В 28,57 % (6 детей) сухие хрипы сочетались с разнокалиберными влажными, реже — с мелкопузырчатыми влажными хрипами — 1 (5,26 %) ребенок. В 100 % обструктивный синдром сопровождался экспираторной одышкой, в 68,42 % (у 13 детей) — без участия вспомогательной мускулатуры.

Выводы

Среди детей с гипотрофией, госпитализированных в стационар с острым обструктивным бронхитом преобладала легкая — первая степень гипотрофии.

Обструктивным бронхитом на фоне гипотрофии одинаково часто болеют мальчики и девочки, имеющие отягощенный аллергологический анамнез и проявления атопии различной степени выраженности, в возрасте старше 6 месяцев, находящиеся на искусственном вскармливании.

Наиболее часто госпитализируются дети, имеющие старших братьев или сестер. Обструктивный бронхит у детей с гипотрофией чаще протекает без дыхательной недостаточности, с умеренными симптомами интоксикации, сухими «свистящими» хрипами при аускультации.

ЛИТЕРАТУРА

1. Острые респираторные заболевания у детей : пособие для врачей / С. О. Ключников [и др.]. — М., 2009. — 35 с.
2. Овсянникова, Е. М. Бронхообструктивный синдром инфекционного генеза у детей / Е. М. Овсянникова // Педиатрия. — 2005. — Т. 7, № 2. — С. 13–14.
3. Назаренко, О. Н. Диагностика и коррекция белково-энергетической недостаточности и нарушений трофологического статуса у детей: метод. пособие / О. Н. Назаренко, В. Юрчик, В. В. Дмитрачков. — Минск: ДокторДизайн, 2015. — 72 с.
4. Мачулина, Л. Н. Хронические расстройства питания у детей первого года жизни : учебно-метод. пособие / Л. Н. Мачулина, Н. В. Галькевич. — Минск, БелМАПО, 2012. — 40 с.

УДК 612.172-008-57.875

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ СТУДЕНТОК

Сергейчик Н. А.

Учреждение образования

**«Белорусский торгово-экономический университет потребительской кооперации»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Исследование деятельности сердечно-сосудистой системы (ССС) занимает основное место в комплексном обследовании студентов при занятиях физической культурой и спортом. Это объясняется тем, что по характеру ее адаптационных сдвигов, определяемых при динамических наблюдениях в состоянии покоя (долговременная адаптация) и в ответ на физические нагрузки (срочная адаптация) можно судить о функциональном состоянии не только этой системы, но и организма в целом. Основными показателями функционального состояния ССС являются: частота сердечных сокращений (ЧСС), артериальное давление (АД), ударный и минутный объемы, количество циркулируемой крови и скорость кровотока [1, 4, 5].