

аускультативной картины чаще всего выслушивалось ослабленное везикулярное дыхание с сухими свистящими хрипами. На спирограмме у большинства детей выявлялись лишь начальные нарушения функций дыхания. При бронхоскопии в единичных случаях был обнаружен диффузный бронхит 1 степени, двусторонний катаральный бронхит, на рентгенограмме органов грудной клетки были выявлены очаговый фиброз легких, плевральные шварты, кардиомегалия. При исследовании чувствительности организма к различным аллергенам было выявлено, что у большого количества детей была аллергия на шерсть и эпителий кошки. При анализе иммунограммы было выявлено как повышение IgM, IgG, так и единичное снижение данных показателей. На фиброгастродуоденоскопии у большинства пациентов обнаружен эрозивный рефлюкс-эзофагит. При исследовании анализа кала на яйца глист единично были обнаружены *Ascarislumbricoides*.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Жмуров, Д. В. Бронхиальная астма / Д. В. Жмуров, М. А. Парфентева, Ю. В. Семёнова // Colloquium-journal. – 2020. – № 14(66). – С. 29–35.
2. Московцева, Н. И. Актуальные аспекты клиники и диагностики бронхиальной астмы / Н. И. Московцева, М. К. Дмитриева, Н. П. Малеева // Доктор.Ру. – 2020. – Т. 19, № 11. – С. 22–26.

УДК 616.61-074/-078-053.2

Е. М. Лазаренк, С. В. Шкут

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОЦЕНКА ЛАБОРАТОРНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ У ДЕТЕЙ С НЕФРОТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

Введение

Нефротический синдром (НС) – клинико-лабораторный симптомокомплекс, характеризующийся массивной протеинурией, гипопропротеинемией, гипоальбуминемией, гиперлипидемией и выраженными отеками, вплоть до степени анасарки [1].

Клиническая картина НС разворачивается постепенно, причем преобладают экстра-ренальные симптомы, особенно отечный: появляются нарастающие отеки, вначале век, лица, поясничной области (в дальнейшем могут достигать степени анасарки – распространенный отек подкожной клетчатки), половых органов, асцит, гидроторакс с затрудненным дыханием, реже – гидроперикард с загрудинной болью. Массивная и длительная альбуминурия у больного с НС в конце концов неизбежно вызывает гипопропротеинемию, так как потери белка превышают интенсивность его синтеза [2].

Лабораторные признаки нефротического синдрома в большой мере коррелируют с выраженностью протеинурии [3].

Некоторые авторы гиперлипидемию при НС связывают с нарушением функции печени, другие объясняют это явление понижением функции щитовидной железы. В связи с тем, что внутривенное введение раствора альбумина препятствует нарастанию гиперхолестеринемии, предполагают, что увеличение уровня холестерина в крови происходит компенсаторно вследствие уменьшения содержания альбуминов. Поскольку липидемию в эксперименте можно получить после перевязки мочеточников, высказывают мысль о том, что гиперхолестеринемия и липидемия при НС имеют почечное происхождение и зависят от повреждения интермедиарного обмена в ферментной системе канальцев [2].

Цель

Проанализировать особенности лабораторных показателей у детей с нефротическим синдромом.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» (ГОДКБ). Проведен анализ медицинских карт 46 пациентов, госпитализированных в период 2021–2022 гг. с диагнозом нефротический синдром. Дизайн исследования – ретроспективное, поперечное.

Обработка исследуемых данных и статистический анализ проводилась в программе Microsoft Office Excel 2013.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой когорте пациентов соотношение мальчиков и девочек распределилось одинаково: 50,0 % (23 ребенка) мальчиков и 50,0 % (23 ребенка) девочек.

Все пациенты были разделены по возрасту манифестации нефротического синдрома на 4 группы согласно возрастным периодам: преддошкольный (1–2 года), дошкольный (3–5 лет), младший школьный (6–11 лет), старший школьный (12–18 лет).

Таблица 1 – Половозрастная структура пациентов с нефротическим синдромом

Возрастной период	Количество мальчиков, чел. (%)	Количество девочек, чел. (%)	Всего детей
Преддошкольный	7 (63,6 %)	4 (36,4 %)	11
Дошкольный	13 (54,2 %)	11 (45,8 %)	24
Младший школьный	–	5 (100 %)	5
Старший школьный	–	3 (100 %)	3

Исходя из полученных данных, нефротический синдром чаще дебютирует в возрасте 3–5 лет, т. е. у детей дошкольного возраста. Нефротический синдром редко дебютирует у детей старших возрастных групп. В школьном возрасте нефротический синдром манифестировал только у девочек.

Из 46 пациентов многие госпитализировались в ГОДКБ неоднократно. За период 2021–2022 гг. количество госпитализаций составило – 109, из них: с дебютом заболевания госпитализировано 12 (11,0 %) детей, с рецидивом – 18 (16,5 %), для циклового лечения циклофосфаном – 10 (9,2 %), с целью оценки парциальных функций почек и коррекции лечения госпитализировано 69 (63,3 %) детей.

Для НС характерна протеинурия. Были проанализированы лабораторные показатели, связанные с потерей белка. Для большей наглядности пациенты были разделены на 2 группы: 1 группа – пациенты госпитализированные с целью коррекции лечения и оценки парциальных функций почек, а также пациенты, госпитализированные для циклового лечения циклофосфаном, 2 группа – пациенты с дебютом и обострением заболевания.

В 1 группе количество госпитализаций составило – 79 (72,5 %), среди них в анализе «суточная потеря белка» и в общем анализе мочи (ОАМ) белка выявлено не было в 83,5 % случаях (у 66 детей). Показатель общего белка в этих случаях находился в пределах возрастной нормы, отеков выявлено не было. В 16,5 % случаях (у 13 детей) в ОАМ был выявлен белок, из них у 9 (69,2 %) детей количество белка составило до 0,5 г/л, а у 4 (30,8 %) пациентов выявлены более высокие цифры белка (от 1,6 до 5,8 г/л). Однако, не у всех пациентов с выявленным белком в ОАМ была обнаружена суточная потеря белка с мочой. Связано это с тем, что данный анализ проводился лишь через несколько суток после госпитализации. Низкие показатели общего белка в крови были выявлены

у 4 (30,8 %) детей и соответствовали пациентам с более высокими показателями белка в ОАМ и суточной потере белка с мочой. Отеков у данной группы выявлено не было.

Во 2 группе количество госпитализаций составило – 30 (27,5 %). У всех пациентов данной группы был выявлен белок в ОАМ, при чем у 12 (40,0 %) пациентов количество белка составило меньше 10 г/л, а у 18 (60,0 %) детей, больше 10 г/л. В данной группе у всех пациентов отмечалась суточная потеря белка с мочой. По данному показателю все случаи были разделены на 3 группы: 1 группа – суточная потеря белка с мочой составляла до 3 г/л, 2 группа – от 3 до 10 г/л, 3 группа – более 10 г/л.

Полученные данные отражены на рисунке 1.

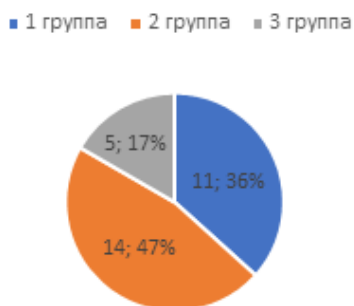


Рисунок 1 – Показатели суточной потери белка с мочой у пациентов с дебютом и рецидивом НС

Исходя из полученных данных у половины пациентов с дебютом или рецидивом НС отмечалась протеинурия от 3 до 10 г/л. В 17 % случаев наблюдались очень высокие показатели суточной потери белка с мочой (более 10 г/л).

Показатели общего белка в крови у всех пациентов данной группы были ниже возрастной нормы.

Клинически у всех пациентов данной группы отмечались отеки. В половине случаев они достигали степени анасарки.

Показатели холестерина выше возрастной нормы отмечались у трети пациентов из 1 группы и у 75,0 % пациентов из 2 группы.

Выводы

1. Чаще всего нефротический синдром дебютирует у детей дошкольного возраста.
2. У пациентов, госпитализированных с целью коррекции лечения и оценки парциальных функций почек, а также у пациентов, госпитализированных для циклового лечения циклофосфаном в ОАМ белок не определялся в 83,5 %. В 16,5 % случаях был выявлен белок в моче, количество которого составило от 1,6 до 5,8 г/л. Для данных пациентов характерны наиболее низкие показатели общего белка крови. Отеков у пациентов этой группы не было.
3. У половины пациентов с дебютом или рецидивом НС отмечалась протеинурия от 3 до 10 г/л. В 17,0 % случаев наблюдались очень высокие показатели суточной потери белка с мочой (более 10 г/л). У всех пациентов данной группы клинически отмечались отеки. В половине случаев они достигали степени анасарки.
4. В 75,0 % случаев пациенты с дебютом или рецидивом НС имели показатели холестерина выше возрастной нормы.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская нефрология / П. В. Шумилов, Э. К. Петросян, О. Л. Чугунова. – М.: МЕЛпресс-информ, 2018. – 430 с.
2. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник для вузов / Н. П. Шабалов. – 8-е изд. – Том 2. – СПб.: Питер, 2017. – С. 200–221.

УДК 616-053.32-071/-078

А. С. Лежайко, Д. Д. Кухленкова

Научный руководитель: старший преподаватель Л. С. Сергейчик

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫХ ДАННЫХ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

Благодаря современным достижениям в неонатологии в настоящее время выживает все больше недоношенных детей с низкой и экстремально низкой массой при рождении, что диктует необходимость постоянного изучения особенностей течения различных состояний, характерных для данной категории пациентов [1].

Морфофункциональная незрелость маловесного новорожденного ребенка, лабильность обменных процессов, сложность и многообразие адаптационно-компенсаторных реакций к новым условиям внешней среды приводят к более тяжелому поражению центральной нервной системы (ЦНС), сердечно-сосудистой и бронхолегочной систем, последствиями которых являются высокая инфекционная заболеваемость, стойкие расстройства со стороны ЦНС и ранняя детская инвалидность [2].

Лейкоциты, эритроциты и тромбоциты – зрелые клетки системы крови, претерпевающие количественную и качественную трансформацию, начиная с первых часов жизни новорожденного. Данные изменения носят приспособительный характер, адаптируя незрелые функциональные системы к условиям жизнедеятельности, отличающимся от гестационных. Данные о гранулоцитопозе детей первых дней жизни гораздо более обширны. Известно, что особенностью периферического пула неонатальных нейтрофилов является наличие незрелых форм. Именно омоложением популяции нейтрофилов, преимущественно, и обусловлено снижение функциональной эффективности лейкоцитов, определяющее риск воспалительной реакции и неонатального сепсиса [3].

Цель

Определить изменение основных клинико-лабораторных данных у недоношенных новорожденных.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось на базе У «Гомельская областная детская клиническая больница». Проведен ретроспективный анализ 120 медицинских карт стационарных пациентов за 2022–2023 гг., находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении для новорожденных и отделении анестезиологии и реанимации. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я (основная) – недоношенные новорожденные (n=70) и 2-я (контрольная) – доношенные новорожденные (n=50). Статистическая обработка результатов исследования проводилась при помощи компьютерной программы Microsoft Excel 2016, Statistica v. 10.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемой группе медиана возраста матерей составила 30 лет (26; 34, $\chi^2=9,565$