

ЛИТЕРАТУРА

1. Pneumonia Vaccine Update Information for Children and Adults who have OI. — http://www.oif.org/site/DocServer/Pneumonia_Vaccine.pdf?docID=18315.
2. OI Foundation Flu Information Page : <http://www.oif.org/site/PageServer?pagename=fluinformation>.
3. Osteogenesis imperfecta. A translational approach to brittle bone disease / J. R. Shapiro [et al.]. — Amsterdam: Elsevier, 2014. — 555 p.
4. Приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 27.02.2014 г. № 191 «Об утверждении Инструкции по тактике проведения профилактических прививок среди населения в Республике Беларусь».
5. Постановление Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17.05.2018 г. № 42 «О профилактических прививках».

УДК 616-053.2-056.54-071/-074

**ПРИЧИНЫ, ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ
ТЕЧЕНИЯ ГИПОТРОФИЙ У ДЕТЕЙ**

Байко В. А., Абель И. С.

Научный руководитель: ассистент Н. В. Кацуба

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Гипотрофия — хроническое расстройство питания с дефицитом массы тела. По данным ВОЗ, в развивающихся странах до 20–30 % и более детей раннего возраста имеют белково-калорийную или другие виды недостаточности питания [1, 2].

Цель

Проанализировать частоту встречаемости, причины гипотрофий, а также оценить лабораторно-инструментальные изменения, выявленные при гипотрофии.

Материал и методы исследования

На базе УЗ «Гомельская областная детская клиническая больница» был проведен ретроспективный анализ историй болезни 51 ребенка, поступившего в стационар с дефицитом массы тела.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемую группу составили 25 (49 %) мальчиков и 26 (51 %) девочек. Гендерных различий не наблюдалось. По возрасту пациенты были разделены на 5 групп: в возрасте до 29 суток находились 15 (29 %) детей, от 1 до 2 месяцев — 16 (31 %), от 2 до 3 месяцев — 6 (12 %) детей, от 3 до 4 месяцев — 10 (20 %) детей, старше 5 месяцев — 4 (8 %) ребенка. Гипотрофия 1 степени встречалась у 32 (63 %) детей, 2 степени — у 5 (10 %), 3 степени лишь у 2 (4 %) детей. В группе риска по развитию гипотрофии (дефицит массы тела от 7 до 9 %) находились 12 (23 %) детей. Причинами гипотрофии в большинстве случаев являлись вирусно-бактериальные инфекции (23; 45 %), трудности грудного вскармливания встречались (9; 18 %) детей, врожденные пороки развития (4; 8 %), атопический дерматит, в сочетании с дисбактериозом кишечника у 2 (4 %) детей, гастроэзофагеальный рефлюкс у 1 (2 %) ребенка. У 4 (7 %) детей причину гипотрофии установить не удалось.

Нами был проведен анализ результатов лабораторных исследований. Так, в общем анализе крови лейкоцитоз встречался у 11 (22 %) детей, анемия легкой степени тяжести у 9 (17 %) детей, сочетание лейкоцитоза и анемии наблюдалось только у 1 (2 %) ребенка, полицитемический синдром отмечен у 3 (5 %) детей неонатального возраста. Лейкоцитоз выявлен в группе детей, переносивших вирусно-бактериальные инфекции, которые были представлены: инфекциями мочеполовой системы у 3 (15 %) детей, что подтверждалось лейкоцитурией и бактериурией, выявленной в общем анализе мочи и

острыми респираторными заболеваниями у 17 (85 %) детей. У большинства детей в общем анализе крови (30; 59 %) и мочи (48; 85 %) отклонений от нормы не выявлено. У 42 (82 %) детей был проведен биохимический анализ крови, где определялись следующие показатели: общий белок, уровень электролитов, аминотрансферазы, билирубин и его фракции. У 4 (10 %) детей на фоне гипотрофии отмечалась гипербилирубинемия, что клинически проявлялось затяжной желтухой новорожденных. У 5 (12 %) детей со 2 степенью гипотрофии, наблюдалось изолированное повышение аланинаминотрансферазы и аспаратаминотрансферазы. На момент выписки у всех детей нормализовались биохимические показатели крови. Электролитных нарушений, гипопроteinемии не было выявлено.

Из инструментальных методов исследования проводились ультразвуковое исследование органов брюшной полости 43 (84 %) детям и нейросонография 46 (90 %). В ходе проведения нейросонографии субэпидемальные кисты выявлены у 6 (12 %) детей, внешняя гидроцефалия встречалась у 4 (7 %) детей. Не выявлено патологических изменений у 35 (81 %) детей. При исследовании органов брюшной полости у 42 (82 %) не выявлено изменений и лишь у 1 (1 %) ребенка регистрировалось послеоперационное состояние врожденного порока развития кишечника, атрезия тощей кишки.

Выводы

1. Гендерных различий в развитии гипотрофии не выявлено.
2. Наиболее часто гипотрофия развивалась у детей вследствие перенесенной вирусно-бактериальной инфекции, что отразилось воспалительными изменениями в общем анализе крови.
3. Анемия легкой степени тяжести сопровождала гипотрофии у 9 (17 %) детей.
4. Специфических биохимических изменений при гипотрофии не выявлено.
5. Ультразвуковая картина органов брюшной полости (42; 82 %) и нейросонография (35; 81 %) в большинстве случаев не имели отклонений от нормы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Шабалов, Н. П.* Детские болезни: учебник: в 2 т. / Н. П. Шабалов; под ред. Неволainen. — СПб.: Питер, 2017. — Т. 1. — 880 с.
2. *Зарянкина, А. И.* Ребенок. Уход. Питание. Функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта: учеб.-метод. пособие / А. И. Зарянкина, С. С. Ивкина, Л. В. Кривицкая. — Гомель, 2018. — 44 с.

УДК 616-08-06

ЛЕЧЕНИЕ КИШЕЧНОЙ ФОРМЫ ОСТРОЙ РЕАКЦИИ ТРАНСПЛАНТАТ ПРОТИВ ХОЗЯИНА: ВОЗМОЖНОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЗЕНХИМАЛЬНЫХ СТВОЛОВЫХ КЛЕТОК

Белинская М. К., Янушкевич П. Г., Горушко Е. С.

**Научные руководители: к.м.н., доцент И. И. Саванович,
к.м.н. Н. В. Минаковская**

**Учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет»
г. Минск, Республика Беларусь**

Введение

На протяжении последних десятилетий мезенхимальные стволовые клетки (МСК) являются объектом пристального внимания специалистов из самых различных областей медицины. Это связано с тем, что данные клетки обладают целым рядом уникальных свойств: способностью к симметричному и асимметричному делению, высоким пролиферативным потенциалом, легко индуцируемой дифференцировкой, многочисленно-