

пациентов. При этом бронхиальная астма встречалась у 21 (32,3%) пациента, аллергический ринит – у 9 (13,8 %), аллергический конъюнктивит – у 3 (4,6 %), атопический дерматит – у 6 (9,2 %).

Из сопутствующей соматической патологии преобладали заболевания желудочно-кишечного тракта в 38,5 % (25) случаев. Так хронические гастриты и гастродуодениты диагностированы у 12 (18,5 %) обследуемых детей, гастроэзофагеальный рефлюкс – у 6 (9,2 %), дуоденогастральный рефлюкс – у 2 (3,1 %), дисбактериоз кишечника – у 5 (7,7 %) детей.

Среди причин острой крапивницы выступали пищевые продукты в 67,7 % (44) случаев. Лидировали фрукты – у 58,5 % пациентов и сладости – у 27,7 %. Острая крапивница пищевого генеза чаще встречалась в возрастной группе от 6 месяцев до 6 лет (52,8 %).

В 10,8 % (7) случаях появление острой крапивницы было связано с обострением хронического гастрита, при этом тест на *Helicobacter pylori* был положительным. В 12,3 % (8) случаев выявлено одновременное воздействие нескольких триггеров: пищевых продуктов и инфекции. В 9,2 % (6) случаях острой крапивницы выявить причину не удалось.

Выводы

1. Таким образом, острая крапивница у детей является многофакторным заболеванием и встречается чаще у детей до 6 лет (44,6 %).

2. Формирование атопической конституции способствуют такие факторы, как осложнённое течение беременности, соматические заболевания, искусственное вскармливание на первом году жизни.

3. Половина пациентов с острой крапивницей и отёком Квинке имеют отягощенный семейный аллергоанамнез.

4. Чем младше ребенок, тем больше вклад пищевой непереносимости в генез заболевания (52,8 %).

5. Сопутствующие заболевания желудочно-кишечного тракта приводят к изменениям процессов пищеварения и всасывания, что способствует прогрессированию пищевой сенсibilизации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Martin, A. Stern. Urticaria (hevis, nettlerash) / A. Martin // *Asthma Allergy Information Research*. – 2001. – P. 1–15.
2. Балаболкин, И. И. Атопические заболевания у детей: современная концепция патогенеза и терапия / И. И. Балаболкин // *Вестник Российской академии медицинских наук*. – 2003. – № 8. – С. 30–34.
3. Колхир, П. В. Крапивница и ангиоотек / П. В. Колхир // *Практическая медицина*. – 2012. – С. 364.
4. Maurer, M, Management and treatment of chronic urticarial / M. Maurer, M.K. Church, M. Goncalo // *J Eur Acad Dermatol Venereol*. – 2015. – Vol. 29 (3). – P. 16–32.

УДК 616-053.3-073.175

М. В. Майстрова

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАННЕГО НЕОНАТАЛЬНОГО ПЕРИОДА У МАЛОВЕСНЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Введение

В соответствии с клиническими протоколами (ЮНИСЕФ, 2010), маловесный ребенок – это новорожденный с массой тела менее 2500 г. Неонатологи и педиатры к маловесным детям относят таких новорожденных, которые к определенному сроку гестации не набирают положенной массы. К этой же группе относят недоношенных детей, имеющих

низкую массу тела из-за рождения раньше указанного срока. Следует отметить, что обобщающим понятием для все этих вариантов в Беларуси принято считать термин «гипотрофия», в мировых же источниках используют термин – «нарушение нутритивного статуса».

По данным ВОЗ, среди всех новорожденных маловесные дети составляют 5–16 %. В развитых европейских странах доля маловесных новорожденных составляет от 4 до 12 % [1], в Беларуси ежегодно регистрируется более 6 % детей с массой тела при рождении менее 2500 г [2].

Маловесных новорожденных детей в зависимости от массы тела можно разделить на детей с малой массой тела – менее 2500 г (2499–1500 г); с очень низкой массой тела (ОНМТ) – менее 1500 (1499–1000 г); с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ) при рождении – менее 1000 г (999–500 г) [3].

В структуре недоношенных детей маловесные дети с очень низкой массой тела составляют 1–1,8 %, дети с экстремально низкой массой тела – 0,4–0,5 % [4].

Цель

Изучить анамнез и особенности течения раннего неонатального периода у маловесных новорожденных

Материал и методы исследования

Исследование проводилось путем ретроспективного анализа историй развития новорожденных, родившихся доношенными в 2020–2021 годах в родильном доме Учреждения «Гомельская областная клиническая больница», и имевших при рождении диагнозы: «Малый размер плода для гестационного возраста» и «Маловесный для гестационного возраста плод». Статистический анализ проводился с использованием персонального компьютера в стандартных приложениях Microsoft, пакет OpenOffice.org.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследуемую группу вошло 50 детей, имевших недостаточную массу тела при рождении в доношенном сроке гестации.

Средний возраст матерей составил $29,4 \pm 6$ лет. Жительницами города были 31 женщина (62 %), 19 матерей (38 %) проживали в сельской местности.

Средний показатель паритета родов составил $2,58 \pm 1,4$. Средний срок гестации составил $37,7 \pm 0,7$ недель. При анализе анамнеза матерей выявлено, что наиболее значимыми заболеваниями матерей во время беременности были: кольпиты и вагиниты наблюдались у 30 % женщин, анемия – в 20 % случаев, угроза прерывания беременности выставлялась 20 % матерей, острыми респираторными заболеваниями переболели во время беременности 18 %, заболевания щитовидной железы отмечались в 10 % случаев. Хроническая фетоплацентарная недостаточность во время беременности наблюдалась у 25 женщин (50 %), синдром задержки развития плода пренатально был выставлен 10 матерям (20 %). 49 детей (98 %) имели достаточные оценки по шкале Апгар (8/8 и 8/9 баллов), 1 ребенок (2 %) имел оценки 7/8 баллов при рождении. Анализируя разделение по полу, получены следующие результаты: из всех новорожденных исследуемой группы было 36 девочек (72 %), мальчиков, соответственно, было 14 человек (28 %).

39 детей (78 %) имели при рождении массу тела ниже 2500 г, 11 новорожденных (22 %) имели массу 2500 г и выше, но все равно недостаточную к должествующей массе при рождении в их сроке гестации. Средний вес всех детей при рождении составил $2\ 265 \pm 218$ г. Средний рост при рождении составил $47,3 \pm 2,4$ см. При анализе течения раннего неонатального периода у маловесных новорожденных получена следующая информация: желтуха в раннем неонатальном периоде наблюдалась у 13 малышей (26 %), анемия различной степени тяжести у 4 новорожденных (8 %), реализация внутриутробной инфекции произошла у 5 детей (10 %), у 28 детей (56 %) в раннем неонатальном периоде заболеваний не

выявлено. У 20 новорожденных (40 %) отмечались неврологические расстройства, такие, как энцефалопатия, синдром двигательных нарушений.

Группа риска по реализации внутриутробного инфицирования была выставлена 31 ребенку (62 %), антибактериальная терапия с целью профилактики реализации инфекции была назначена 12 из них (39 %).

Также у детей анализируемой группы в раннем неонатальном периоде выявлены следующие отклонения от нормы: функционирующие фетальные коммуникации (открытое овальное окно, открытый артериальный проток) отмечались у 82 % детей исследуемой группы, малая аномалия развития сердца (дополнительные хорды в полости левого желудочка) отмечались у 44 % новорожденных, синдром дезадаптации сердечно-сосудистой системы у 4 % детей, аневризма межпредсердной перегородки у 2 % новорожденных, пиелоэктазия – 20 %.

Выводы

Дети с недостаточной массой тела при рождении чаще рождались у матерей – жительниц города. Большую часть (62 %) составили девочки. Маловесные дети рождались чаще от повторных родов. У половины матерей (50 %) детей исследуемой группы во время беременности наблюдалась хроническая фетоплацентарная недостаточность. У 26 % детей в раннем неонатальном периоде отмечалась неонатальная желтуха, 40 % детей имели неврологические нарушения. Группа риска по внутриутробному инфицированию была выставлена 62 % новорожденных. Функционирующие фетальные коммуникации в раннем неонатальном периоде были выявлены у 82 % детей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Результаты диагностики внутриутробных и перинатальных инфекций у недоношенных маловесных детей / Н. М. Ивахнишина [и др.] // Бюллетень. – 2019. – №54. – С. 88–97.
2. Яцьк, Г. В. Выживание и ранняя реабилитация детей / Г. В. Яцьк, Е. П. Бомбардинова, О. В. Тресорукова // Лечащий врач. – 2018. – №7. – С. 45–49.
3. Ахмадеева, Э. Н. Коэффициент развития по шкале КАТ/КЛАМС у детей, перенесших неонатальную реанимацию / Э. Н. Ахмадеева, А. Я. Валиулина, Л. Р. Нурлыгаянова // Актуальные проблемы педиатрии: сб. материалов 7 конгресса педиатров Беларуси. – Москва: ГОТАР, 2018. – С. 18.

УДК 616.248:616.233]:616.1-053.2

С. С. Матяс, В. Д. Миронов

Научный руководитель: ассистент кафедры Т. Е. Бубневич

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

ВЛИЯНИЕ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТУЮ СИСТЕМУ У ДЕТЕЙ

Введение

Бронхиальная астма (БА) – одно из наиболее тяжелых аллергических заболеваний, которые регистрируют в детском возрасте [1, 2]. На текущий момент наблюдается тенденция к увеличению частоты заболевания БА, что связывают с расширением факторов предрасположенности к аллергическим заболеваниям, что послужило основой для изучения данного заболевания и его влияния на другие органы и системы [3]. На данный момент, на основании других исследований, известно, что ухудшение течения бронхиальной астмы в детском возрасте сопровождается нарушением сердечно-сосудистой системы, что является предметом изучения специалистов различных областей: