

4. Эпидемиология внутриутробных и внутрибольничных инфекций новорожденных / В. В. Шкарин [и др.]. – Н. Новгород: Ремедиум Приволжье, 2019. – 124 с.

5. Эпидемиологические особенности внутриутробных и внутрибольничных инфекций новорожденных в Российской Федерации / М. В. Иванова [и др.] // Инфекция и иммунитет, 2019. – № 1. – С. 193–202.

УДК 616.233-036.87-053.2(476.2)

А. В. Топчиева, О. А. Афанасенко, Е. Ю. Теслина

Научный руководитель: ассистент кафедры Н. В. Моторенко

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ БРОНХИТ У ДЕТЕЙ ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение

Болезни органов дыхания в настоящее время занимают одно из лидирующих мест в структуре детской заболеваемости и остаются актуальной проблемой педиатрии. Одним из наиболее распространенных поражений нижних дыхательных путей являются бронхиты, которые развиваются у 50 % детей [1].

Рецидивирующий бронхит (РБ) – повторно возникающее, затяжное воспаление слизистой бронхов, повторяющееся до 3 и более раз на протяжении года, но не приводящее к необратимым нарушениям функции органов дыхания. Рецидивирующий бронхит сопровождается субфебрилитетом, влажным грубым кашлем, иногда бронхоспазмом и свистящим дыханием.

Этиологическими факторами эпизодов рецидивирующего бронхита преимущественно являются респираторные вирусы (к примеру вирус гриппа или парагриппа 1-го и 3-го типов, адено- и респираторно-синцитиальный вирус), хламидия и микоплазма пневмонии, реже – такие бактериальные возбудители, как пневмококк и гемофильная палочка [2].

Согласно ранее проведенным многочисленным исследованиям, у детей раннего и дошкольного возраста провоцируют развитие рецидивирующего бронхита, наследственный и аллергологический анамнез, а также неблагоприятные факторы окружающей среды: загрязнение экологии и внутрижилищного воздуха, пассивное курение, плохие материально-бытовые условия, посещение детских дошкольных учреждений и мест массового скопления людей в закрытых помещениях [3].

В патогенезе рецидивирующего бронхита решающая роль отводится развитию воспаления, которое может быть вызвано аллергическими, инфекционными, токсическими воздействиями. Реализуется воспаление за счет гуморальных иммунологических механизмов, в которых участвует большой спектр цитокинов, отвечающих за активацию, пролиферацию и хемотаксис различных клеток.

Течение РБ усугубляется на фоне таких факторов, как наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям и заболеваниям бронхолегочной системы, отягощенный преморбидный фон, очаги хронической инфекции, вегетососудистая дистония, неврологическая патология, дисбактериоз, ранний перевод на искусственное вскармливание [4].

Цель

Изучить наследственность, этиологические факторы, особенности клинического течения рецидивирующего бронхита у детей Гомельской области.

Материал и методы исследования

Материалом для исследования послужили 44 «Медицинские карты стационарного пациента» детей, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 3 Учреждения «Гомельская областная детская клиническая больница» в 2023 году.

Оценивали следующие критерии: возраст, пол, место проживания, зависимость от времени года, клинические проявления РБ. Полученные данные заносились в электронную базу данных Excel, проводилась статистическая обработка данных с использованием программы Statistica 10.0.

Результаты исследования и их обсуждение

Исследуемая группа – 44 пациента с РБ (по МКБ-10 J40.0 – рецидивирующий бронхит). Из них – 20 (45,5%) девочек и 24 (54,5%) мальчика.

Возраст детей от 1 до 18 лет: 1–3 лет – 12 (27,3%) детей, 4–6 лет – 14 (31,8%), 7–9 лет – 9 (20,4%), 10–12 лет – 4 (9,1%) ребенка, 13–15 лет – 4 (9,1%), 16–18 лет – 1 (2,3%) пациент.

Проживают в г. Гомеле – 23 (52,3%), в Гомельской области – 21 (47,7%) человек.

Основная часть пациентов обратилась в стационар осенью – 17 детей (38,6%) и весной – 16 детей (36,4%), в зимний период – 6 детей (13,6%), в летний – 5 детей (11,4%) (рисунок 1).

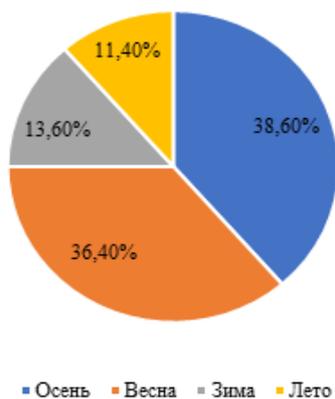


Рисунок 1 – Сезонность заболевания

Анализ анамнестических данных показал: аллергологический анамнез был отягощен у 23 (52,3%) пациентов: родственники 1-й и 2-й линии имели в анамнезе бронхиальную астму у 8 (18,2%) пациентов, аллергический ринит у 15 (34,1%) пациентов.

Сопутствующие аллергические заболевания были представлены: атопическим дерматитом у 9 (20,5%) пациентов, пищевой аллергией у 4 (9,1%) пациентов.

Отягощенный акушерский анамнез (преэклампсия у матери во второй половине беременности) отмечался у 7 (15,9%) детей. У 13 (29,5%) пациентов имелась избыточная масса тела, что могло быть одним из факторов риска.

У 44 обследуемых детей с РБ были выявлены следующие симптомы: субфебрилитет у 29 (65,9%) детей, сухой кашель у 36 (81,8%) детей, мелкоточечная сыпь у 24 (54,5%) детей, слабость и снижение аппетита у 34 (77,3%) детей, увеличение периферических лимфатических узлов (подчелюстные, шейные) у 20 (45,5%) детей, заложенность носа у 33 (75,0%) пациентов.

Среди коморбидных состояний у обследуемых детей регистрировались: хронические очаги инфекции ЛОР-органов у 18 (40,9%) пациентов, атопия – у 13 (29,5%), гастроэзофагеальный рефлюкс – у 9 (20,5%).

Выводы

1. Рецидивирующий бронхит чаще встречается у мальчиков (54,5%).
2. В группе обследованных детей наибольшая частота встречаемости отмечалась в возрастной группе детей с 4 до 6 лет (31,8%).
3. Рецидивирующий бронхит чаще наблюдается у городских (52,3%), чем у сельских (47,7%) жителей, что связано с неблагоприятной экологической обстановкой.
4. Основная часть пациентов обратилась в стационар в осенне-весенний период, что указывает на сезонность данного заболевания (75,0%).
5. Большинство пациентов с рецидивирующим бронхитом имеют отягощенный аллергологический анамнез (52,3%).
6. В клинике у детей с РБ преобладает сухой кашель (81,8%).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Таточенко, В. К. Бронхиты у детей / В. К. Таточенко. – М.: Медицина, 2004. – 97 с.
2. Серeda, Е. В. Механизмы бронхиальной обструкции и терапевтическая тактика при бронхитах у детей / Е. В. Серeda, О. Ф. Лукина, Л. Р. Селимзянова // Педиатрия. – 2010. – Т. 89, № 5. – С. 77–86.
3. Мальцева, Т. В. Факторы риска формирования группы часто болеющих дошкольников Крайнего Севера / Т. В. Мальцева, Т. Я. Шипулина, А. А. Буганов // Педиатрия. – 2009. – Т. 88, № 6, приложение. – С. 171–174.
4. Сорока, Н. Д. Бронхиты у детей: пособие для врачей / Н. Д. Сорока. – СПб.

УДК 616-001.8-053.5:371.95

А. А. Удовенко, Е. Д. Индюкова

Научный руководитель: д.м.н., профессор В. Н. Шестакова

*Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Смоленский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации,
г. Смоленск, Российская Федерация*

ОСОБЕННОСТИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПРОГРАММНОГО МОДУЛЯ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ УРОВНЯ СТРЕССА У МАЛЬЧИКОВ 7–11 ЛЕТ ИЗ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ ДЛЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ, ПЕРЕНЕСШИХ ХРОНИЧЕСКУЮ ГИПОКСИЮ В АНТЕНАТАЛЬНОМ ПЕРИОДЕ

Введение

Социальное сиротство до сих пор остается одной из самых сложных проблем для государства и за последние годы несколько не убавило в своей значимости, в связи с тем, что число поступающих в детские дома и дома ребенка остается высоким. Формирование здоровья таких детей всегда сопряжено с целым рядом негативных факторов, сказывающихся на физическом и нервно-психическом развитии. Среди воспитанников учреждений социальной сферы для несовершеннолетних до 90% имеют в анамнезе перинатальную патологию, где лидирующую позицию занимает внутриутробная гипоксия. В силу того, что гипоксическое влияние, особенно длительно протекающая, первостепенно затрагивает центральную нервную систему, то возможные последствия сказываются не только на период раннего возраста, но и в более поздние этапы жизни ребенка [1, 2]. Более ярко это проявляется в моменты адаптации, что делает детей младшего школьного возраста предметом особого наблюдения, когда функциональное состояние центральной нервной системы играет важнейшую роль [2, 3]. Отличительной особенностью данного процесса