

Все дети получали кардиометаболическую терапию. Эналаприл получали 3 (16,7%), метопролол – 3 (16,7%), фуросемид – 3 (16,7%), аспирин – 3 (16,7%) детей.

Все дети выписаны с улучшением состояния.

Выводы

1. Таким образом, в результате проведенного исследования было выявлено, что Тетрада Фалло чаще встречалась у девочек. У всех детей диагноз выставлен с рождения. Большинству детей проведена хирургическая коррекция Тетрады Фалло.

2. При поступлении в стационар пациенты наиболее часто предъявляли жалобы на снижение толерантности к физическим нагрузкам, одышку при физической нагрузке, периодические боли в области сердца, носовые кровотечения, головокружение, головную боль, общую слабость и быструю утомляемость. У большинства детей при поступлении выявлены признаки сердечной недостаточности 1–2а степени.

3. В физическом развитии отставала только пятая часть детей.

4. Более, чем у половины детей, отмечалось нарушение ритма и проводимости, что требует дальнейшего наблюдения и коррекции выявленных нарушений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Шумилов, П. В. Детская кардиология / П. В. Шумилов, Н. П. Котлукова. – М.: МЕДпресс-информ, 2018. – 584 с.
2. Хоффман, Дж. Детская кардиология / под редакцией Дж. Хоффмана; пер. с англ. – М., Практика, 2006. – 237 с.

УДК 616-053.31/.36:618.3-022

В. А. Титенкова, А. Е. Переплетчикова

Научный руководитель: ассистент О. А. Зайцева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

АНАЛИЗ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ, ИМЕВШИХ ВНУТРИУТРОБНУЮ ИНФЕКЦИЮ, В ПЕРИОД ОТ НОВОРОЖДЕННОСТИ ДО ГОДА ЖИЗНИ

Введение

Внутриутробные инфекции (ВУИ) – группа инфекционно-воспалительных заболеваний плода и детей раннего возраста, которые вызываются различными возбудителями, но характеризуются сходными эпидемиологическими параметрами и нередко имеют однотипные клинические проявления [1, 4].

Источником ВУИ, как правило, является мать ребенка, которая переносит инфекционные заболевания во время беременности и передает инфекционный агент плоду вертикальным путем.

Диагностику внутриутробной инфекции проводить затруднительно из-за неспецифичности проявления инфекционного процесса у женщин во время беременности, латентное и субклиническое течение заболевания, а также полиморфизм неспецифической клинической картины у детей первых месяцев жизни [3, 5].

По мнению российских авторов, 50% случаев инфекционных заболеваний у новорожденных скрываются под такими диагнозами, как внутриутробная гипоксия, родовая травма, антенатальная или интранатальная асфиксия, пневмопатия, пороки развития [4].

Несмотря на неспецифичность клинической картины, перенесенная ВУИ является неблагоприятным фактором как в период ранней неонатальной адаптации новорожден-

ного, так и в последующем развитии детского организма. Внутриутробные инфекции рассматриваются как фактор младенческой смертности, развития патологии органов и систем органов, а также предиктором развития инвалидности среди взрослого населения.

На сегодняшний день во всем мире отсутствует система мер, направленных на предупреждение развития ВУИ плода, продолжается поиск достоверных маркеров для диагностики ВУИ [2].

Таким образом, для врачей различных клинических специальностей важно адекватно оценивать риск развития и проявления внутриутробной инфекции у новорожденных. Необходимо проводить профилактику ВУИ (как во время беременности, так и перед беременностью), а также адекватную терапию диагностированной ВУИ. Все это позволит предотвратить формирование различных патологий детского организма, снизить младенческую летальность.

Цель

Изучить клинико-лабораторную картину ВУИ новорожденных и ее влияние на последующее развитие и состояние ребенка к первому году жизни.

Материал и методы исследования

Исследования проводились на базе ГУЗ «Гомельская центральная городская поликлиника». Ретроспективно был проведен анализ 40 медицинских карт пациентов (форма 025/у), рожденных в 2022–2023 годах, и болевших ВУИ в раннем неонатальном периоде.

Анализ и интерпретация данных медицинских карт амбулаторных пациентов проводились в приложении Microsoft Excel.

Результаты исследования и их обсуждение

В наблюдаемой когорте преобладали мальчики – 23 чел. (57,5%), девочки – 17 чел. (42,5%).

Гестационный срок новорожденных был в среднем равен 39,25 ($p=0,99$) недели, максимальный – 41 неделя, минимальный – 37 недель. Средний показатель массы тела при рождении равен 3193 г. ($p=429,8$), дефицит массы тела наблюдался у 7,5% (3 человека) новорожденных. К выписке – 3278 г. ($p=350,9$), к первому году жизни – 9400 г. ($p=853,9$). Средний показатель роста новорожденных – 52,32 см ($p=2,54$), максимальный – 56 см, минимальный – 47 см.

Уровень С-реактивного белка выше нормы ($N=6,0$ мг/мл) наблюдался у 15% (6 человек) новорожденных в первый день жизни. При повторном исследовании (на 5–6 день жизни) повышение С-реактивного белка выше нормы наблюдалось у 5% (2 человека).

Уровень лейкоцитов в первые сутки жизни выше $24,5 \times 10^9$ /л наблюдался у 17,5% новорожденных (7 человек), на 5–6 сутки выше нормы ($N < 13,9 \times 10^9$ /л) – 27,5% (11 человек).

Уровень билирубина выше 149 мкмоль/л в первый день жизни наблюдался у 22,5% (9 человек), на 5–6 сутки уровень билирубина выше 205 мкмоль/л наблюдался у 15% (6 человек) детей.

Терапия преимущественно проводилась следующими препаратами: защищенные пенициллины: амоклав (52,5% новорожденных, в среднем 5 суток), цефалоспорины: цефотаксим (15% в течение 4 суток), аминогликозиды (амикацин получали 5% в течение 5 дней), антимикотические препараты: флуконазол (10% новорожденных в течение 3 дней), амфениколы (левомецитин (капли в глаза) 2,5 мг/мл). Более одного антибиотика было назначено 35% новорожденных детей.

Диагноз: «Анемия средней степени тяжести» детям первого полугодия жизни выставлен в 10% случаев, «Анемия легкой степени тяжести» – 7,5% детей. К 1 году диагноз: «Анемия легкой степени тяжести» сохранен у 2,5% (1 ребенок).

Заключительный диагноз: «ВУИ без дополнительного уточнения» выставлен 57,5% новорожденных; «ВУИ: врожденная пневмония, ДН 0–1» – в 25% случаев; «ВУИ: врожденный ринит» – 10%; «ВУИ: врожденный конъюнктивит» – 5%; «ВУИ с поражением кишечника и сердца» – 2,5%.

72,5% (29 детей) стояли на учете у невролога со следующими диагнозами: «Синдром двигательных нарушений» – 42,5% (у 32,5% детей диагноз снят в первые 6 месяцев), «Энцефалопатия новорожденных токсико-гипоксического генеза» – 20%, вазоконструкция по артериальному типу наблюдалась у 10% детей.

У 77,5 % (31 человек) наблюдалась патология сердечно-сосудистой системы: функционирующие фетальные коммуникации: открытое овальное окно, НК0 – 35%; малая аномалия сердца: дополнительные хорды левого желудочка – 27,5%; нарушение ритма сердца – 10%; дефект межжелудочковой перегородки – 5%.

У травматолога наблюдалось 15% (12 новорожденных): 12,5% односторонняя контрактура тазобедренного сустава, 2,5% – дисплазия тазобедренного сустава.

На полностью искусственном вскармливании находились 7,5% новорожденных, в течение первого полугодия с грудного вскармливания на искусственное перешли 55% младенцев; 37,5% – перешли на искусственное вскармливание в течение 2-го полугодия жизни.

К первому году жизни 75% детей из выбранной когорты перенесли следующие ОРИ: назофарингит 22,5% (9 человек), ринит 15% (6 человек), неуточненная ОРИ – 15% (6 человек), острый средний отит 10% (4 человека), острый бронхит 10% (4 человека), конъюнктивит – 2,5% (1 человек).

Выводы

1. Наиболее часто встречаемые диагнозы в периоде новорожденности: «ВУИ без дополнительного уточнения» (у 57,5% новорожденных) и «ВУИ: врожденная пневмония, ДН 0–1» – 25% детей.

2. 92,5% детей с диагнозом внутриутробные инфекции родились доношенными, дефицит массы тела при рождении наблюдался у 7,5%. К первому году жизни масса детей увеличилась в 3 раза и составила в среднем 9400 г.

3. Наиболее специфичными лабораторными показателями ВУИ являются: повышение уровня С-реактивного белка (у 15% детей), уровня лейкоцитов (у 17,5%), повышенный уровень билирубина (22,5%).

4. Наиболее часто дети с диагностированной ВУИ в периоде новорожденности к первому году жизни имели отклонения в работе нервной системы (72,5%), сердечно-сосудистой – 77,5%.

5. Антибиотикотерапия внутриутробной инфекции проводилась преимущественно следующими группами препаратов: защищенные пенициллины, цефалоспорины, аминогликозиды, а также амфениколы местного применения; 35% новорожденных нуждались в применении антибиотиков широкого спектра.

6. 75% детей исследуемой группы болели острыми респираторными инфекциями в течение первого года жизни. Данные состояния не являются специфичными для ВУИ, но могут быть косвенными признаками их наличия в анамнезе.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамян, Л. В. Проблема внутриутробной инфекции в современном акушерстве / Л. В. Адамян, В. Н. Кузьмин // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. – 2017. – № 3. – С. 32–36.
2. Клинико-иммунологические критерии внутриматочной инфекции / В. Ф. Долгушина [и др.] // Акушерство и гинекология, 2017. – № 1. – С. 40–45.
3. Медик, В. А. Математическая статистика в медицине: в 2 т. / В. А. Медик, М. С. Токмачев – М.: Юрайт, 2020. – Т. 1. – 471 с.

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.