

Выводы

Выявлено, что у части детей с острой внегоспитальной пневмонией происходит нарушение микроциркуляции и, как следствие, развивается эндотелий зависящая дисфункция эндотелия. На фоне данных нарушений у пациентов с острой внегоспитальной пневмонией чаще регистрируется сегментарное и доленое поражение легочной ткани, тогда как без дисфункции эндотелия преобладает очаговое. Не выявлено различий в локализации поражений легочной ткани при пневмонии. У 16 % пациентов с дисфункцией эндотелия развились легочные осложнения, выявленные при рентгенологическом обследовании. При заключительном рентгенологическом обследовании нормализация структуры легкого проходила у детей с острой внегоспитальной пневмонией и без дисфункции быстрее, чем с дисфункцией эндотелия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А. Г. Чучалин [и др.]. — М., 2010. — 60 с.
2. Лебедеко, А. А. Морфологическая структура пневмоний у детей по данным рентгенологического исследования / А. А. Лебедеко, О. Е. Семерник, Е. Б. Тюрина // Пульмонология детского возраста: проблемы и решения. — М: «Медпрактика-М», 2018. — Вып.18. — С. 129–130.

УДК 616.232–053.2–093/–098

**МИКРОБНЫЙ СПЕКТР ГЛОТОЧНОЙ МИНДАЛИНЫ
У ДЕТЕЙ С АДЕНОИДАМИ II–III СТЕПЕНИ ПО ДАННЫМ
ГОМЕЛЬСКОЙ ОБЛАСТНОЙ ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЫ***Покульневич А. М.¹, Слизько Е. В.¹, Ядченко Е. С.², Зубович Е. Г.¹*¹Учреждение

«Гомельская областная детская клиническая больница»

²Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

За последние годы отмечена тенденция к увеличению числа детей с гипертрофией аденоидных вегетаций. У 45–55 % детей дошкольного и младшего школьного возраста в гипертрофированной глоточной миндалине имеются признаки хронического воспаления — аденоидита, что составляет 20–56 % всех заболеваний верхних дыхательных путей. В последние годы в патологии верхних дыхательных путей большое значение приобретают внутриклеточные возбудители — хламидии, микоплазмы, легионеллы, листерии, которые обладают тропностью к глоточной миндалине. Воспалительный процесс с участием этих видов инфекции отличается своеобразным течением, клиническими проявлениями и, как следствие, требует и другой тактики лечения. Адекватная противомикробная терапия с учетом региональных данных микробиологического и серологического обследования детей с затруднением носового дыхания приведет к повышению качества лечения указанной патологии [1, 2].

Цель

Изучить микробный спектр глоточной миндалины, в том числе наличие хламидийной и микоплазменной инфицированности у детей Гомельской области, направленных для плановой аденотомии.

Материал и методы исследования

В исследование включены 60 детей (32 мальчика и 28 девочек), поступивших в ЛОР отделение У «ГОДКБ» для планового оперативного лечения по поводу гипертрофии глоточной миндалины.

точной миндалины с нарушением функции носового дыхания в 2018 г. Материалом для микробиологического исследования служили мазки-соскобы со слизистой оболочки глоточной миндалины и мазки-отпечатки с биоптатов глоточной миндалины, взятых во время аденотомии культуральным методом, путем посева на плотные питательные среды с последующей видовой идентификацией микроорганизмов и определением антибактериальной чувствительности этиологически значимых культур. Для выявления внутриклеточных возбудителей изучались сыворотки крови пациентов на наличие IgM и IgG к *Mycoplasma pneumoniae* и *Chlamydothyla pneumoniae* методом иммуноферментного анализа.

Результаты исследования и их обсуждение

Из 60 пациентов 44 (73,3 %) ребенка были в возрасте от 3 до 7 лет, 12 (20,0 %) — от 8 до 11 и 4 (6,7 %) — от 12 до 15 лет.

В ходе исследования было выявлено наличие в аденоидных вегетациях *S.aureus* в диагностически значимом титре у 15 обследуемых (25,0 %), *S.Pneumoniae* у 5 (8,3 %), *Klebsiella pneumoniae* у 4 (6,7 %), *Haemophilus spp.* у 2 (3,3 %). По одному пациенту (1,6 %) выделили *S.pyogenes*, *Str.viridians*, *Str.spp. α-гемолитический*. Хламидийные IgM обнаружены у 5 обследуемых (8,3 %), микоплазменные IgM — у 7 (11,7 %), IgG — у 1 (1,6%). У 8 детей (13,3 %) отмечено наличие смешанной микрофлоры.

Всего наличие патогенной микрофлоры в диагностически значимом титре на слизистой оболочке глоточной миндалины у пациентов, направленных для плановой аденотомии, было обнаружено у 31 из 60 обследованных, что составило 51,7 %. Следует отметить, что представленные показатели не являются абсолютными ввиду использования для диагностики хламидиозной и микоплазменной инфекции лишь серологических методов при отсутствии прямых методов диагностики.

Выводы

1. Внутриклеточные инфекции и персистирующая условно-патогенная микрофлора (пневмококк, золотистый стафилококк, гемофильная палочка, гемолитический стрептококк) являются причинами аденоидита.

2. Тщательное обследование больных детей, готовящихся к плановой аденотомии, а также санация воспаленной глоточной миндалины являются залогом качественной реабилитации ребенка в послеоперационном периоде.

ЛИТЕРАТУРА

1. Мачулин, А. И. Анализ микробиологического пейзажа поверхности глоточной миндалины у детей с хроническим аденоидитом / А. И. Мачулин, Д. А. Рынков // Российская оториноларингология. — 2014. — № 1. — С. 149–152.

2. Изучение микрофлоры носоглотки здоровых детей в различных возрастных группах по микробным маркерам / И. В. Андриянова [и др.] // Российская ринология. — 2018. — № 26 (3). — С. 47–53.

УДК616.155.194-053.32:616.153.96-008.64

ВЛИЯНИЕ БЕЛКОВОГО ДЕФИЦИТА НА РАЗВИТИЕ И ТЕЧЕНИЕ АНЕМИИ У НЕДОНОШЕННЫХ НОВОРОЖДЕННЫХ

Потапова В. Е., Лысенко И. М.

Учреждение образования

**«Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»
г. Витебск, Республика Беларусь**

Введение

Проблема недоношенности является одной из ключевых в неонатологии и педиатрии в целом. Число недоношенных детей составляет 6–12 % от всех новорожденных. Из них с очень низкой массой тела (ОНМТ) 1–1,8 %, а с экстремально низкой массой тела (ЭНМТ)