

рубина у детей с ГБН по АВО был $209,5 \pm 25,6$ мкмоль/л, у детей с ГБН по резус-фактору $236,1 \pm 35,4$ мкмоль/л. Средний уровень пуповинного билирубина составлял $65,7 \pm 2,7$ мкмоль/л у детей с ГБН по АВО, у детей с ГБН по резус-фактору $72,7 \pm 1,5$ мкмоль/л. Почасовой прирост билирубина составил $3 \pm 0,2$ мкмоль/л у детей с ГБН по АВО, $5,1 \pm 0,5$ мкмоль/л — у детей по резус-фактору. Среднее количество часов фототерапии у детей с ГБН по АВО составило $76,1 \pm 5$ ч, у детей с ГБН по резус-фактору — $95,3 \pm 5,4$ ч. Средний уровень максимально низких цифр гемоглобина у детей с ГБН по АВО составил 142 ± 3 г/л, у детей с ГБН по резус-фактору — $143,7 \pm 0,5$ г/л. Среднее количество ретикулоцитов при этом составило у детей с ГБН по АВО $9,2 \pm 1$ ‰, у детей с ГБН по резус-фактору — $19,8 \pm 3$ ‰. Переливание отмытых эритроцитов потребовалось 3 (15,7 %) детям с ГБН по АВО, и 8 (84,3 %) детям — с ГБН по резус-фактору. Среднее время пребывания в стационаре у детей с изоиммунизацией по АВО составило $12,8 \pm 1,2$ суток, у детей с изоиммунизацией по резус-фактору — $14,5 \pm 1,9$ суток.

Выводы

На основе проведенной работы можно судить о том, что ГБН с примерно одинаковой частотой встречается как у девочек, так и у мальчиков. В структуре причин развития гемолитической болезни несовместимость по Rh-фактору занимает первое место. Подавляющее большинство детей с ГБН по АВО и с ГБН по резус-фактору были от второй и последующих беременностей и родов. В случае возникновения ГБН по АВО большее число детей имели А (II) группу крови. Основываясь на данных лабораторных исследований (максимальный уровень общего билирубина, пуповинного билирубина, почасового прироста билирубина), количеству часов фототерапии, можно сделать вывод, ГБН по резус-фактору имеет более тяжелое течение, чем ГБН по АВО. В то же время, основываясь на данных о максимально низком уровне гемоглобина у детей обеих групп, значительной разницы в течении ГБН не получено. Но исследование уровня ретикулоцитов, факт переливания отмытых эритроцитов большему числу детей с ГБН по резус-фактору, большее количество проведенных койко-дней детьми с ГБН по резус-фактору, подтверждает более тяжелое течение ГБН по резус-фактору по сравнению с ГБН по АВО. В нашем исследовании не отмечено значительных отличий течения ГБН у недоношенных детей по сравнению с доношенными.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ткаченко, А. К. Неонатология / А. К. Ткаченко, А. А. Устинович. — Минск: Выш. шк., 2017. — С. 204.
2. Шабалов, Н. П. Неонатология: в 2 т. / Н. П. Шабалов. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2006. — Т. 2. — С. 131–132.

УДК 616.33/.34+616.248]-053.2

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У ДЕТЕЙ С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ

Зарянкина А. И., Моторенко Н. В.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Одной из актуальных проблем педиатрии у нас в стране и во всем мире является рост числа аллергических заболеваний. Это явление связано с влиянием различных факторов: неблагоприятным состоянием экологии; повышенным потреблением высокоаллергенных продуктов, консервантов, особенно матерью во время беременности и кормления грудью; ростом патологии желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) у детей; не-

обоснованным и нерациональным применением лекарственных препаратов, среди которых особое значение имеют антибиотики.

Среди аллергических заболеваний у детей высокий удельный вес занимает бронхиальная астма (БА), в связи с чем, проблема ее профилактики, диагностики и лечения приобретает первостепенное значение [1, 2].

В настоящее время все большее внимание уделяется сочетанной патологии различной локализации, изучению влиянию различных заболеваний друг на друга.

Цель

Изучить взаимосвязь бронхиальной астмы с патологией желудочно-кишечного тракта у детей.

Материал и методы исследования

Был проведен анализ медицинской документации 22 пациентов с бронхиальной астмой в возрасте от 0 до 18 лет, находившихся на стационарном лечении в педиатрическом отделении № 1 У «ГОДКБ» в 2019 г. Критерием отбора пациентов были: проведенные фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) и анализ кала на дисбактериоз.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализируемую группу составили 14 (63,64 %) мальчиков и 8 (36,36 %) девочек.

Возрастная структура пациентов распределилось следующим образом: детей до 3 лет в данной выборке не было, 4–6 лет — 6 (27,27 %) детей, 7–10 лет — 7 (31,82 %), 11 лет и старше — 9 (40,19 %) детей.

Наибольшее число детей было госпитализировано в октябре (5; 22,73 %), в сентябре и апреле госпитализировано по 4 (18,18 %) ребенка, в августе и марте — по 3 (13,84 %), в мае, июне, июле — по 1 (4,55 %) ребенку.

Оценка физического развития детей проводилась по центильным таблицам [3]. Результаты представлены в таблице 1.

Таблица 1 — Физическое развитие детей с бронхиальной астмой

Варианты центильного оценивания массы и длины тела	Абсолютные числа, %
Вышесреднее дисгармоничное	3 (13,63 %)
Вышесреднее гармоничное	1 (4,55 %)
Высокое резко дисгармоничное	4 (18,18 %)
Высокое дисгармоничное	1 (4,55 %)
Среднее дисгармоничное	5 (22,73 %)
Высокое гармоничное	1 (4,55 %)
Среднее гармоничное	3 (13,63 %)
Низкое гармоничное	1 (4,55 %)
Низкое дисгармоничное	1 (4,55 %)
Нижесреднее резко дисгармоничное	1 (4,55 %)
Низкое резко дисгармоничное	1 (4,55 %)

Эозинофилия (больше 5 %) в общем анализе крови выявлена только у 2 (9,09 %) детей, у 20 (90,91 %) пациентов количество эозинофилов было в пределах нормы (1–5 %).

Проведенные аллергологические обследования выявили следующие изменения:

1) тест Шелли был проведен 2 детям. Положительный результат получен только на пищевые продукты: на апельсин — у 2 детей; молоко, курицу, гречку, пшено, говядину, рис, овсяную крупу, мандарин — по 1 ребенку, отрицательный результат на: свинину, домашнюю пыль, библиотечную пыль, шерсть кошки, шерсть собаки, перо подушки, клещ;

2) скарификационные тесты проведены 12 детям. Положительный результат на домашнюю пыль выявлен у 4 (33,33 %) детей, домашний клещ — у 3 (25 %), шерсть собаки — у 1 (8,33 %) ребенка. На перо подушки, шерсть кошки, березу, ольху, лещину,

овсяницу, райграс, рожь, полынь положительного результата получено не было ни у одного ребенка.

Всем детям была проведена ФГДС: эритематозная гастропатия выявлена у 19 (86,36 %) детей, катаральный эзофагит — у 5 (22,73 %), дуоденогастральный рефлюкс (ДГР) — у 2 (9,09 %), эрозивный эзофагит — у 5 (22,73 %) детей, поверхностный гастродуоденит — у 2 (9,09 %), гетеротопия слизистой оболочки желудка в пищевод — у 1 (4,55 %) пациента. У 1 (4,55 %) ребенка ФГДС — без патологии.

Были проанализированы результаты ФГДС у детей различного возраста.

В возрасте 4–6 лет эритематозная гастропатия диагностирована в 83,33 % случаев (у 5 детей), у 1 (16,67 %) ребенка патологии не выявлено.

В возрасте 7–10 лет эритематозная гастропатия выявлена у 5 (71,43 %) детей, катаральный эзофагит — у 1 (14,28 %), ДГР — у 2 (28,56 %) детей, эрозивный эзофагит — у 1 (14,28 %), поверхностный гастродуоденит — у 1 (14,28 %) пациента.

У детей старшего школьного возраста эритематозная гастропатия диагностирована в 100 % случаев (у 9 детей), катаральный эзофагит — у 4 (44,44 %) детей, эрозивный эзофагит — у 4 (44,44 %), гетеротопия слизистой желудка в пищевод — у 1 (11,11 %) ребенка, поверхностный гастродуоденит — у 1 (11,11 %) пациента.

При анализе кала на дисбактериоз не выявлено избыточного роста условно-патогенной флоры. Выявлены изменения количества и качества нормофлоры. Нормальное количество бифидобактерий и энтерококков диагностировано у 21 (95,45 %) ребенка, лактобактерий — у 19 (86,36 %) детей, *E. Coli* — у 20 (90,9 %) детей, *E. coli* со сниженной ферментативной активностью выявлены у 3 (14 %) детей.

Выводы

Заболеваемость бронхиальной астмой у детей увеличивается с возрастом. Наибольшее число госпитализаций по поводу обострений бронхиальной астмы приходится на конец лета-начало осени и раннюю весну.

Аллергологические обследования показали высокий уровень сенсибилизации к пищевым аллергенам и аллергию на бытовые аллергены.

У детей с бронхиальной астмой в 95,45 % случаев выявлены изменения верхних отделов желудочно-кишечного тракта. У 19 (86,36 %) детей имела место эрозивная гастропатия, у 10 (45,45 %) — эзофагит, одинаково часто катаральный и эрозивный, как проявление гастроэзофагеального рефлюкса. Частота встречаемости патологии верхних отделов ЖКТ у детей с бронхиальной астмой увеличивалась с возрастом.

При анализе кала на дисбактериоз не выявлено избыточного роста условно-патогенной флоры. Выявленные изменения касались количества и качества нормофлоры.

Таким образом, у детей с бронхиальной астмой наиболее часто встречаются функциональные нарушения верхних отделов ЖКТ, в половине случаев — нарушение моторной функции, способствующие обострению и рецидивированию бронхиальной астмы.

С учетом вышеизложенного, необходимо углубленно обследовать ЖКТ у детей с бронхиальной астмой, имеющих факторы риска развития и (или) клинические проявления гастродуоденальной патологии, с целью своевременной диагностики и коррекции заболеваний пищеварительной системы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Большот, Ю. К.* Влияние инфекции *Helicobacter pylori* на течение бронхиальной астмы у детей / Ю. К. Большот, М. В. Каличевская, Е. К. Годяцкая // Научные труды SWorld. — 2015. — Т. 13, № 4 (41). — С. 19–24.
2. *Курбачева, О. М.* Фенотипы и эндотипы бронхиальной астмы: от патогенеза и клинической картины к выбору терапии / О. М. Курбачева, К. С. Павлова // Российский аллергологический журнал. — 2013. — № 1. — С. 15–24.
3. *Ляликов, С. А.* Таблицы оценки физического развития детей Беларуси: метод. рекомендации / С. А. Ляликов, С. Д. Орехов. — Гродно, 2000. — 67 с.